



ИЮНЬСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
В КАРДИОКЛИНИКЕ

г. Санкт-Петербург · 20 июня 2024 г.

КЛАПАННАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА:  
ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

# ОТ ДЕТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ РЕШЕНИЮ

Главный врач АО «КардиоКлиника», профессор кафедры внутренних болезней, нефрологии, общей и клинической фармакологии с курсом фармации ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

**д.м.н., доцент Борисова Екатерина Викторовна**



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

**ПАЦИЕНТКА, 78 ЛЕТ**

### **ЖАЛОБЫ:**

- НА ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 220/90 ММ РТ СТ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ,
- ОДЫШКУ ПРИ ПОДЪЁМЕ НА 2 ЛЕСТНИЧНЫЙ ПРОЛЁТ.

### **ANAMNESIS MORBI:**

ДЛИТЕЛЬНЫЙ СТАЖ ГБ (ОКОЛО 15 ЛЕТ), ПОСЛЕДНИЙ ГОД РЕГУЛЯРНО ПРИНИМАЕТ ЛОЗАРТАН 50 МГ УТРОМ, ЭПИЗОДИЧЕСКИ ИСПОЛЬЗУЕТ КАПОТЕН 25 МГ ПОД ЯЗЫК. ПРИВЫЧНЫЙ УРОВЕНЬ АД 150/75 ММ РТ СТ. ВЫШЕОПИСАННЫЕ ЖАЛОБЫ БЕСПОКОЯТ ОКОЛО ПОЛУГОДА.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

ПАЦИЕНТКА, 78 ЛЕТ

STATUS OBJECTIVUS: СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ОТЁКОВ НЕТ.  
АД 240/90 ММ РТ СТ, ПУЛЬС 84 В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ.

ТОНЫ СЕРДЦА ЗВУЧНЫЕ, РИТМИЧНЫЕ, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА  
ВЕРХУШКЕ.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

### ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

**ЛЁГКАЯ ДИЛАТАЦИЯ ЛП. КОНЦЕНТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЖ. ГЛОБАЛЬНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СОХРАНЕНА. ЗОН НАРУШЕННОЙ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ НЕ ВЫЯВЛЕНО.**

**СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА УПЛОТНЕННЫ. МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ТЯЖЁЛОЙ (ОБЪЁМ РЕГУРГИТАЦИИ 45 МЛ, ФРАКЦИЯ РЕГУРГИТАЦИИ >50%). ОПРЕДЕЛИТЬ ЭТИОЛОГИЮ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ НЕ УДАЛОСЬ.**

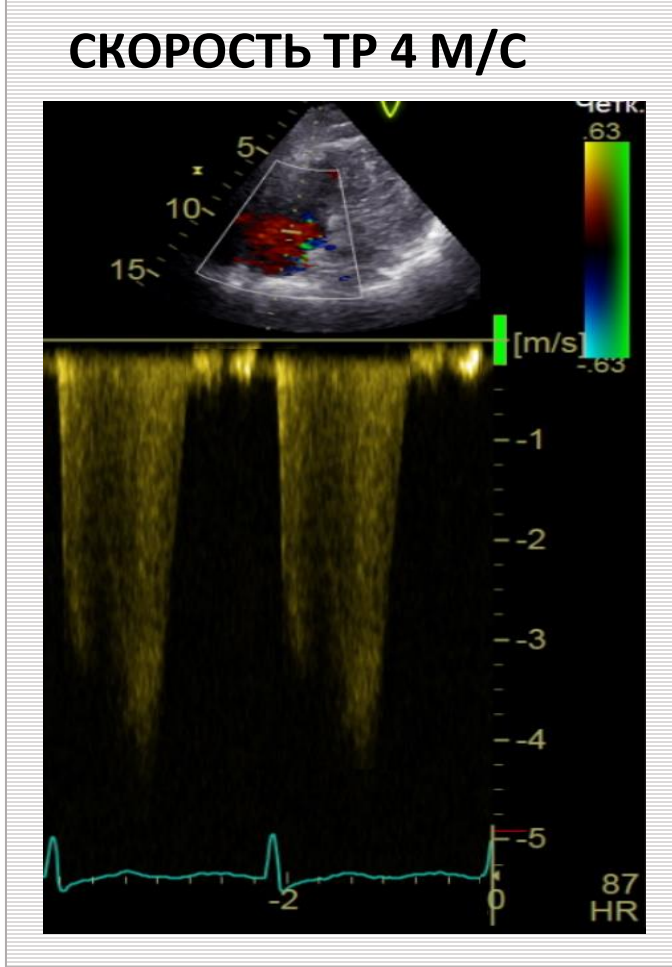
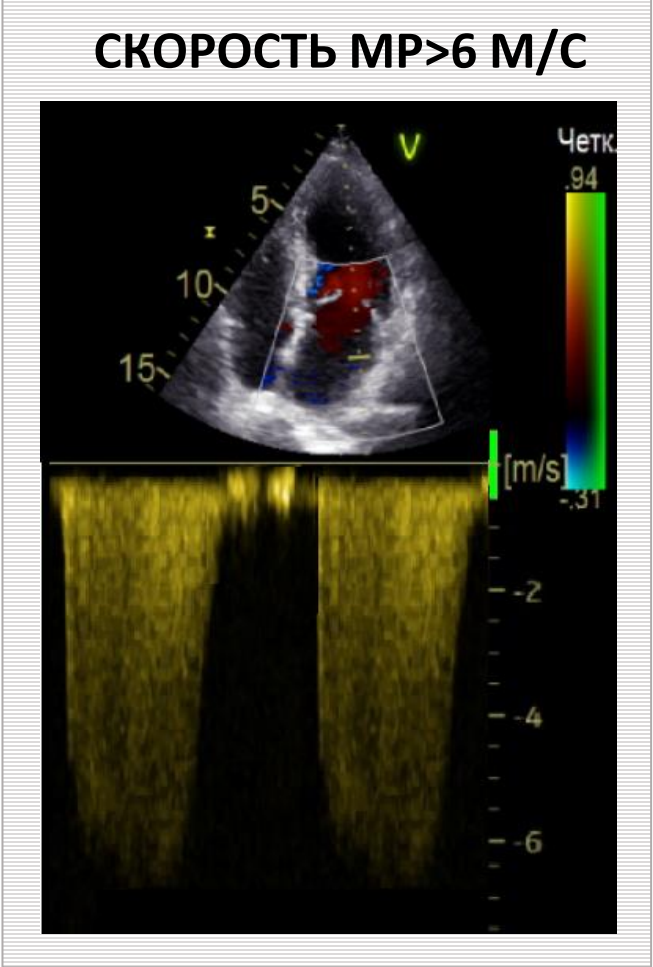
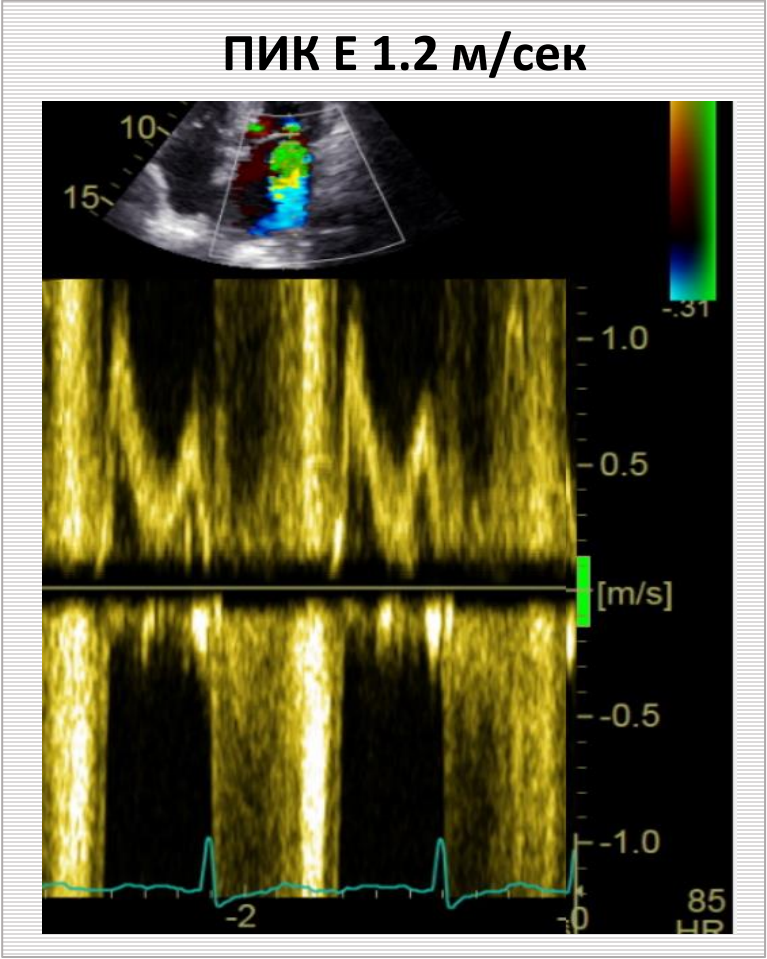
ТРИКУСПИДАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ УМЕРЕННАЯ.

**РАСЧЁТНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛА 69 ММ РТ СТ. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО**



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

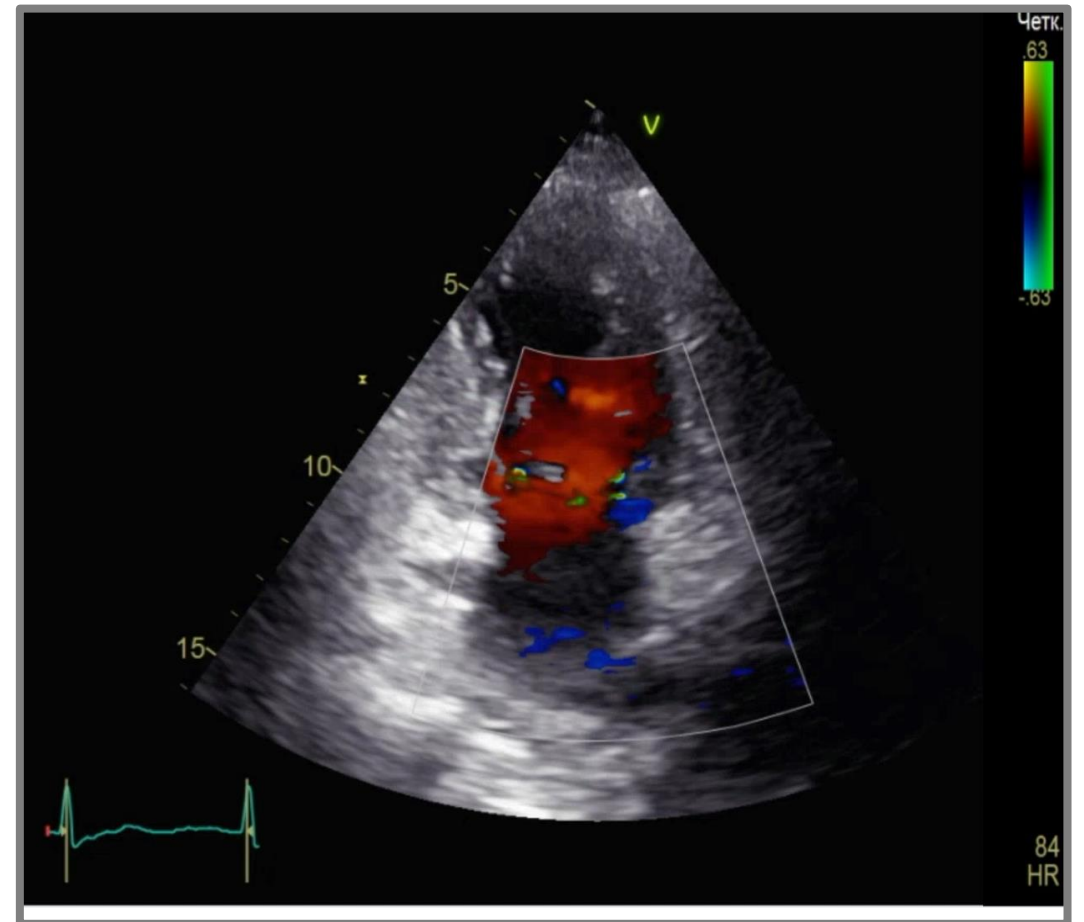
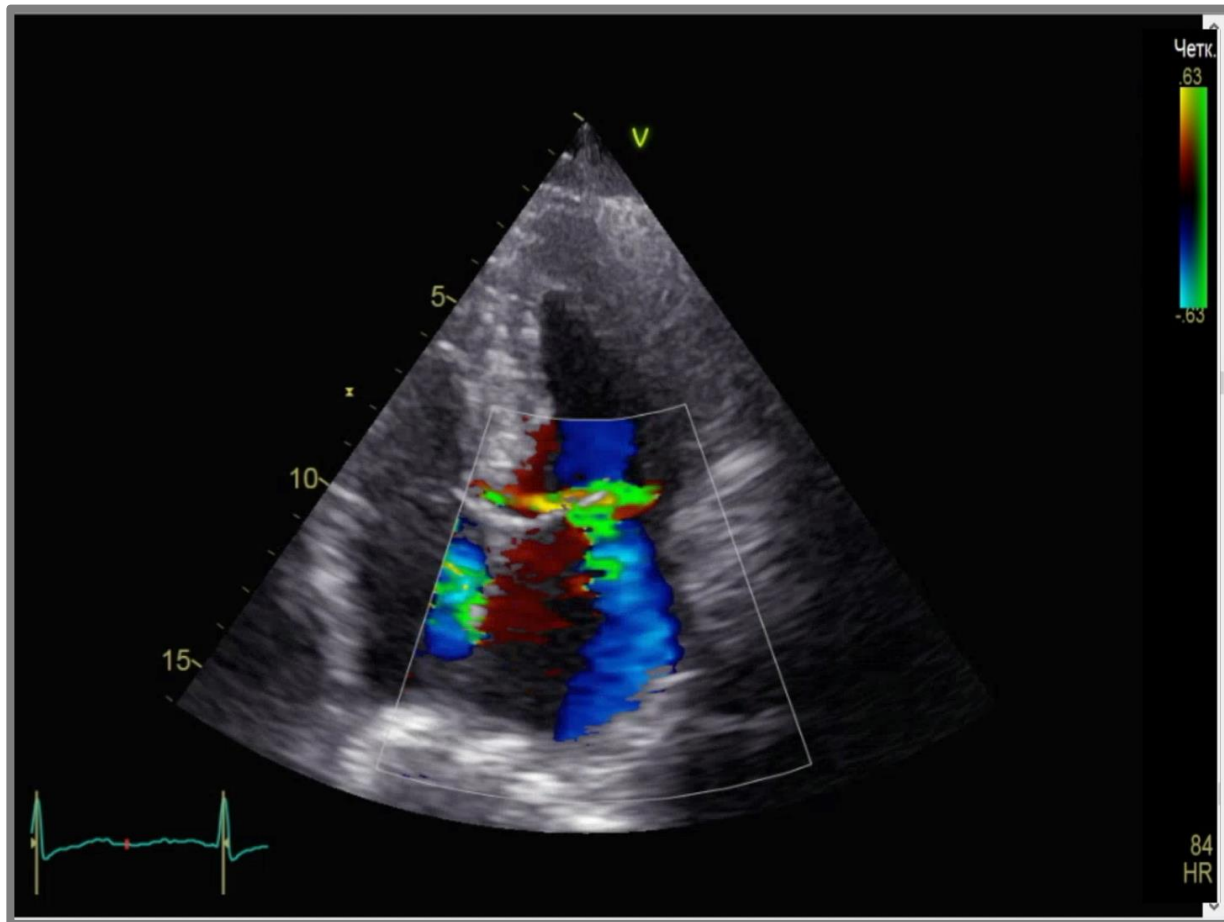
## ЭХОКАРДИОГРАФИЯ





# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

## ЭХОКАРДИОГРАФИЯ





### Cannot connect to server

Please reload this page to try again.

If the problem still occurs, please check your internet connection or contact us at [hi@ahaslides.com](mailto:hi@ahaslides.com) for support.

Reload



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

### ВОПРОС 1

**СОГЛАСНЫ ЛИ ВЫ С УТВЕРЖДЕНИЕМ, ЧТО ЧЕМ ВЫШЕ СКОРОСТЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ, ТЕМ ТЯЖЕЛЕЕ ЕЁ СТЕПЕНЬ?**

1. ДА

2. НЕТ





## СКОРОСТЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

НЕОБХОДИМО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ  
НА СКОРОСТЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ.

ОБЫЧНО СКОРОСТЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ  
В ПРЕДЕЛАХ 5 М/СЕК.

ЕСЛИ СКОРОСТЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРЕВЫШАЕТ 6 М/СЕК  
(АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, ОБСТРУКЦИЯ ВЫХОДНОГО ТРАКТА ЛЖ И  
ТЯЖЕЛАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ), ЭТО ПРИВОДИТ К  
УВЕЛИЧЕНИЮ ПЛОЩАДИ СТРУИ ПО ДАННЫМ ЦВЕТНОГО ДОПЛера  
ПРИ НЕТЯЖЁЛОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ



# AHASLIDES - LIVE POLLS & QUIZZES



 Notifications

 Sign in as a Participant

 Log out

Powered by AhaSlides - [Terms](#)



## Cannot connect to server

Please reload this page to try again.

If the problem still occurs, please check your internet connection or contact us at [hi@ahaslides.com](mailto:hi@ahaslides.com) for support.

Reload



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

### ВОПРОС 2

**ПРИ КАКОМ ПРЕДЕЛЕ НАЙКВИСТА ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ ВИЗУАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ?**

1. 30-40

2. 50-70

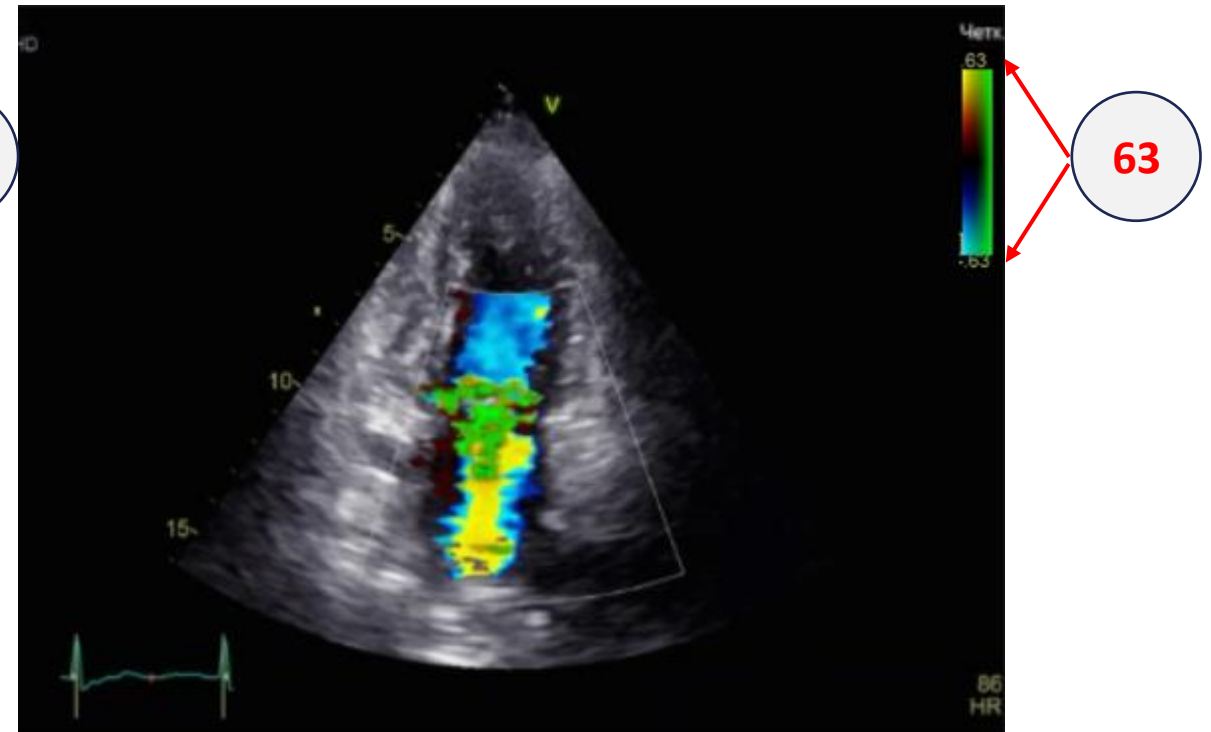
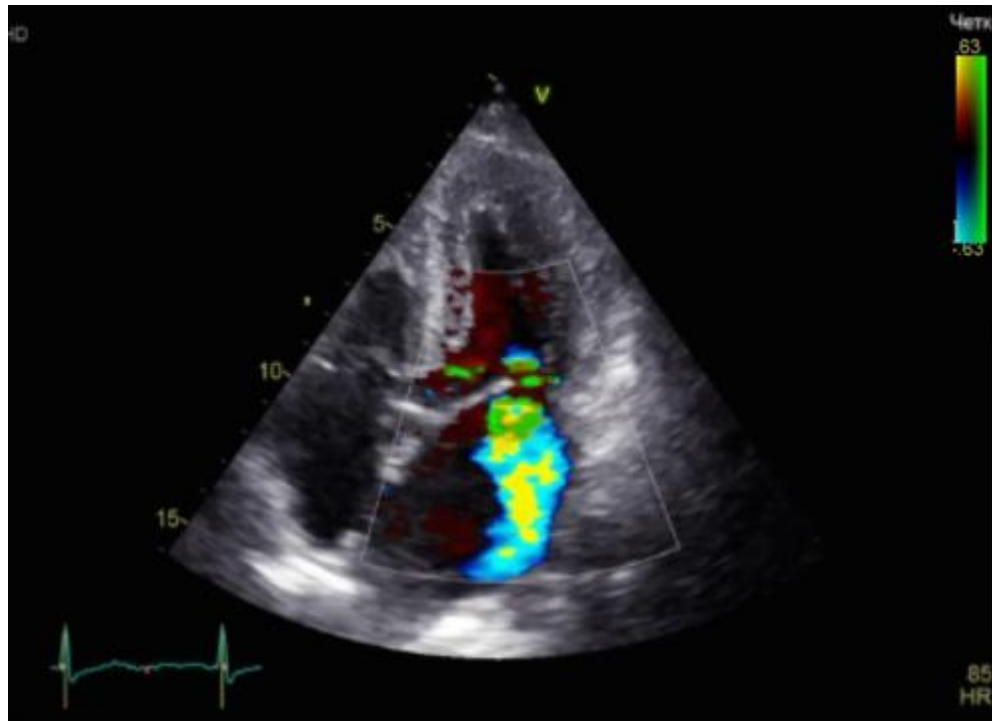
3. НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ

GUIDELINES AND STANDARDS



Guidelines for Performing a Comprehensive Transthoracic Echocardiographic Examination in Adults: Recommendations from the American Society of Echocardiography

РАЗМЕР ОТОБРАЖАЕМОЙ СТРУИ РЕГУРГИТАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ МНОГИХ ПЕРЕМЕННЫХ, ОДНА ИЗ КОТОРЫХ ПРЕДЕЛ НАЙКВИСТА. ПО УМОЛЧАНИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОТ 50-70 СМ/СЕК В ОБОИХ НАПРАВЛЕНИЯХ





# AHASLIDES - LIVE POLLS & QUIZZES



 Notifications

 Sign in as a Participant

 Log out

Powered by AhaSlides - [Terms](#)



## Cannot connect to server

Please reload this page to try again.

If the problem still occurs, please check your internet connection or contact us at [hi@ahaslides.com](mailto:hi@ahaslides.com) for support.

Reload



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

### ВОПРОС 3

**КАКИЕ ВАШИ ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ В ОТНОШЕНИИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ?**

1. НАПРАВИТЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К КАРДИОХИРУРГУ

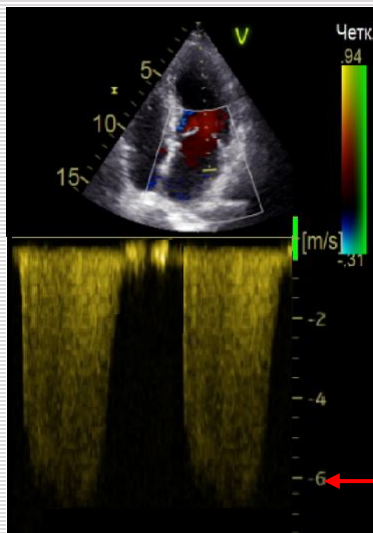
2. ВЫПОЛНИТЬ ЧП-ЭХОКГ

3. НАЗНАЧИТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ И ВЫПОЛНИТЬ ЭХО-КГ В ДИНАМИКЕ



# СКОРОСТЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

СКОРОСТЬ МР У НАШЕЙ ПАЦИЕНТКИ БОЛЕЕ 6 М/С



6

GUIDELINES AND STANDARDS

Guidelines for Performing a Comprehensive Transthoracic Echocardiographic Examination in Adults: Recommendations from the American Society of Echocardiography

ЕСЛИ СКОРОСТЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРЕВЫШАЕТ 6 М/СЕК (АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, ОБСТРУКЦИЯ ВЫХОДНОГО ТРАКТА ЛЖ ИЛИ ТЯЖЕЛАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ), ЭТО ПРИВОДИТ К УВЕЛИЧЕНИЮ ПЛОЩАДИ СТРУИ ПО ДАННЫМ ЦВЕТНОГО ДОПЛЕРА ПРИ НЕТЯЖЁЛОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

J Am Coll Cardiol Img. 2021;14(4):843–53

## III С. ЦВЕТНОЙ ДОППЛЕР

Другим важным параметром, который должен быть отражен во всех заключениях, является АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, потому что оно напрямую влияет на отображаемую площадь регургитационной струи.



## Главные вопросы при оценке митральной регургитации

### Какой механизм МР?

Движение створок  
(механизм Карпентье)  
Морфология створок

### Какая тяжесть МР?

Критерии тяжести  
конкордантны  
между собой?  
Остерегайтесь  
ловушек!

### Какое влияние на ЛП, ЛЖ, лёгочную циркуляцию оказывает МР?

Нормальное ЛП, ЛЖ, давление  
В ПЖ не сосуществуют  
с тяжёлой МР

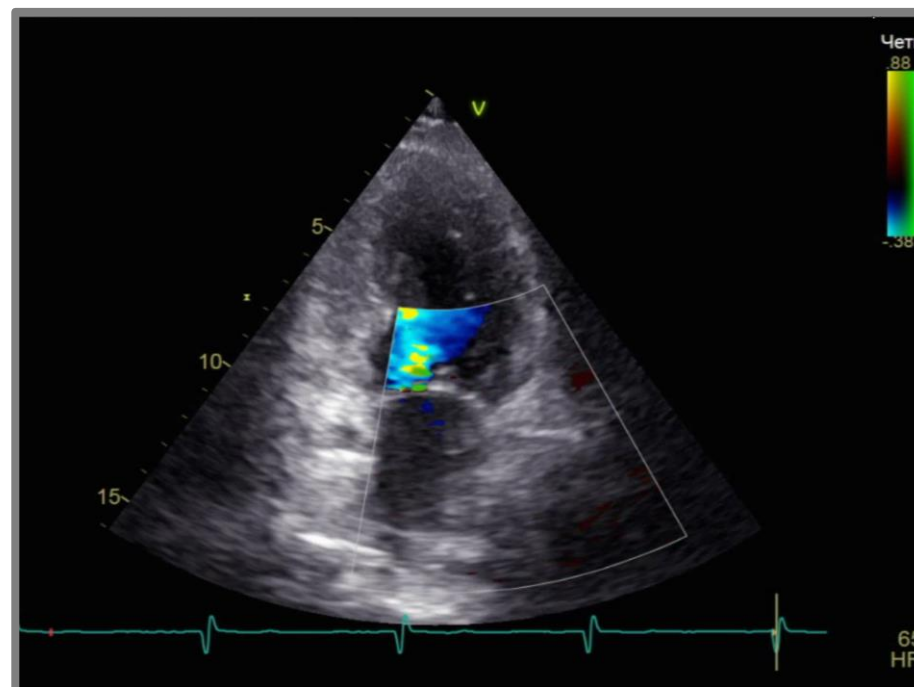
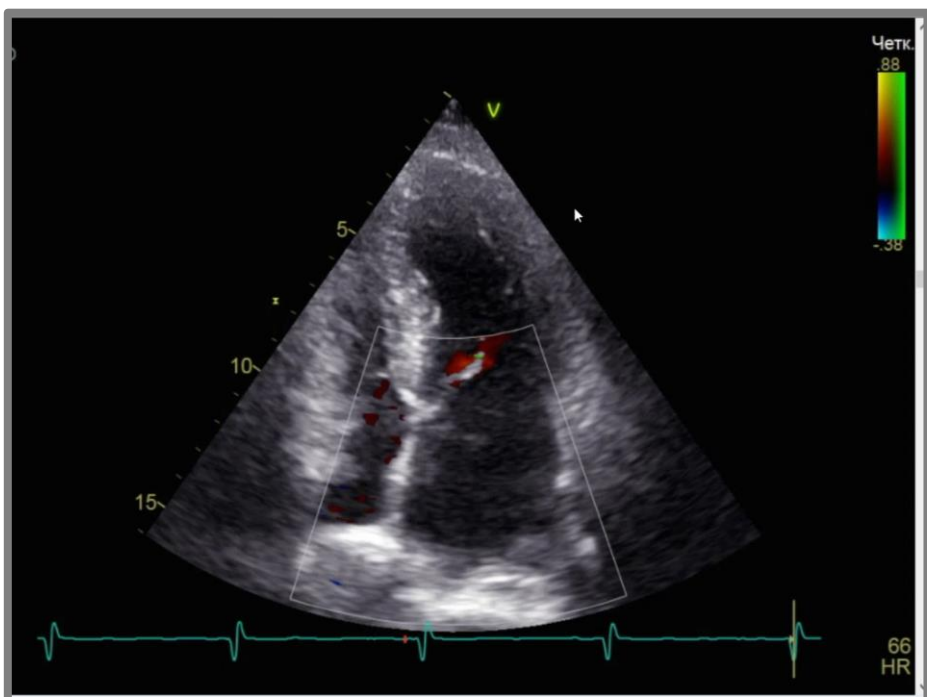




# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

## ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНО ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ НА ФОНЕ АД 150/70 ММ РТ СТ





## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

ПАЦИЕНТКА, 90 ЛЕТ

### **ЖАЛОБЫ:**

НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ПОДЪЁМЕ НА 1 ЛЕСТНИЧНЫЙ ПРОЛЁТ

### **ANAMNESIS MORBI:**

ИБС В 80 ЛЕТ С ИНФАРКТА МИОКАРДА, В СВЯЗИ С ЧЕМ ВЫПОЛНЕНО СТЕНТИРОВАНИЕ ПМЖА. ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ АНГИНОЗНЫЕ БОЛИ НЕ РЕЦИДИВИРУЮТ. ВСЮ РЕКОМЕНДОВАННУЮ ТЕРАПИЮ (СТАТИНЫ, АСПИРИН, САРТАНЫ, ДИУРЕТИКИ, БЕТА-БЛОКАТОРЫ) ПРИНИМАЕТ В ПОЛНОМ ОБЪЁМЕ. ПОСЛЕДНИЕ ТРИ ГОДА РЕГУЛЯРНО ВЫПОЛНЯЕТ ЭХО-КГ В СВЯЗИ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ НЕ ОТМЕЧАЕТ.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

ПАЦИЕНТКА, 90 ЛЕТ

STATUS OBJECTIVUS: STATUS OBJECTIVUS: СОСТОЯНИЕ  
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ОТЁКОВ НЕТ.

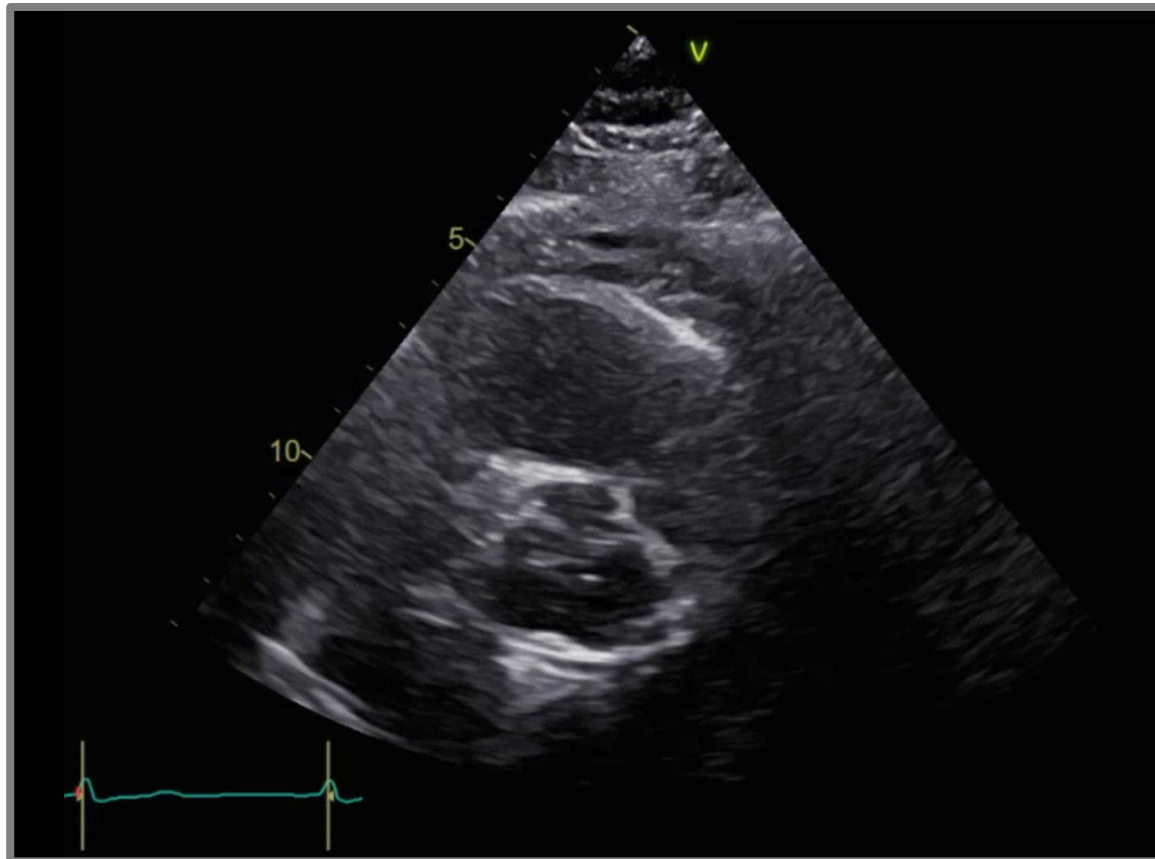
АД 140/75 ММ РТ СТ, ПУЛЬС 70 В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ.  
ТОНЫ СЕРДЦА ЗВУЧНЫЕ, РИТМИЧНЫЕ, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА АОРТЕ.  
ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ХРИПОВ НЕТ.

ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ



## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

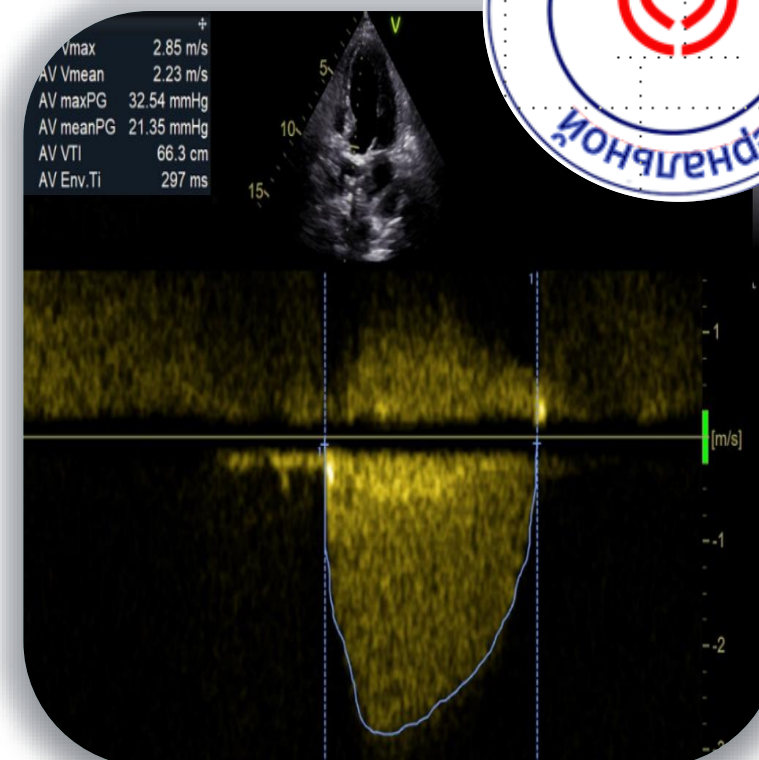
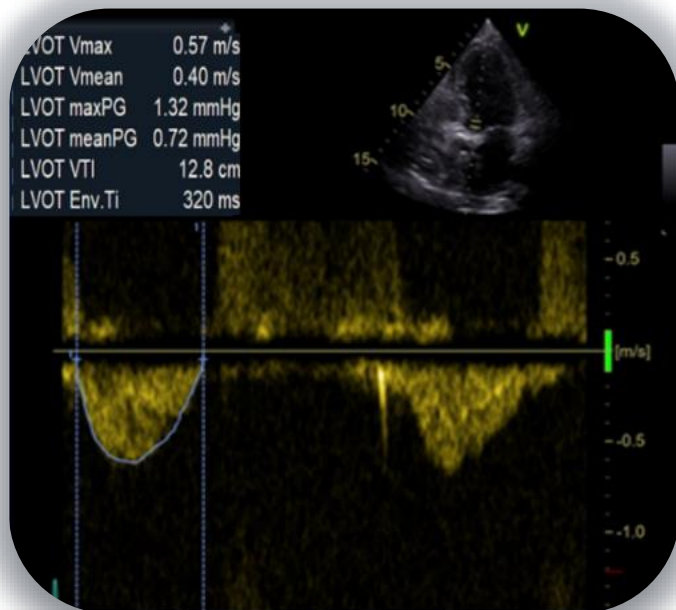
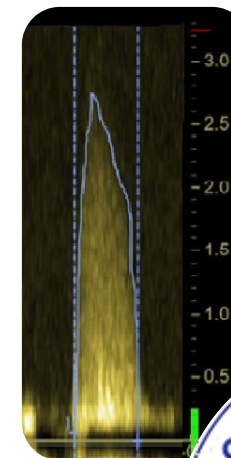
### ЭХОКАРДИОГРАФИЯ





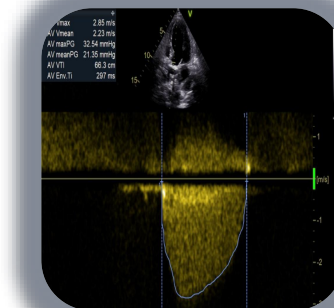
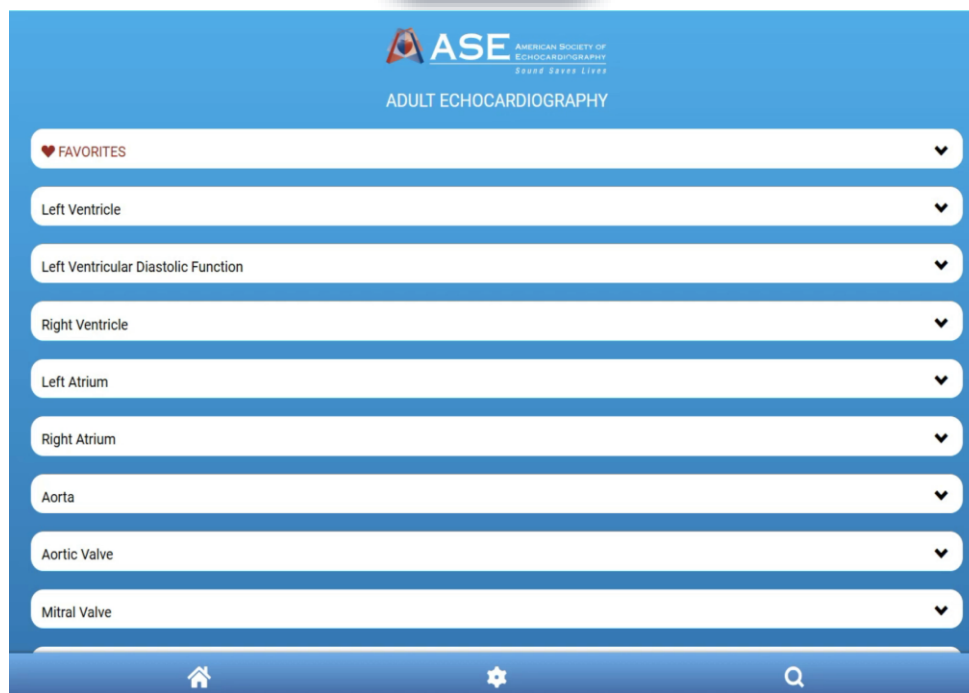
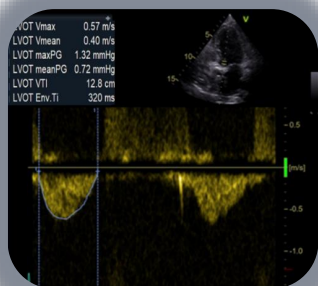
# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

## ЭХОКАРДИОГРАФИЯ





# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

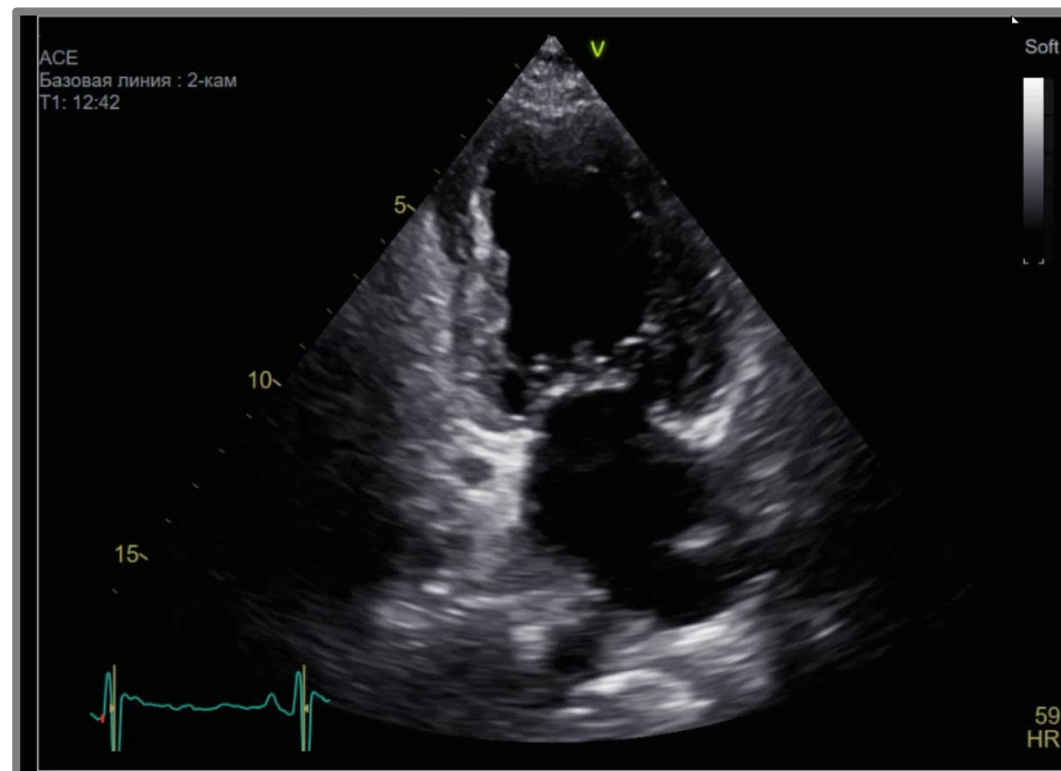
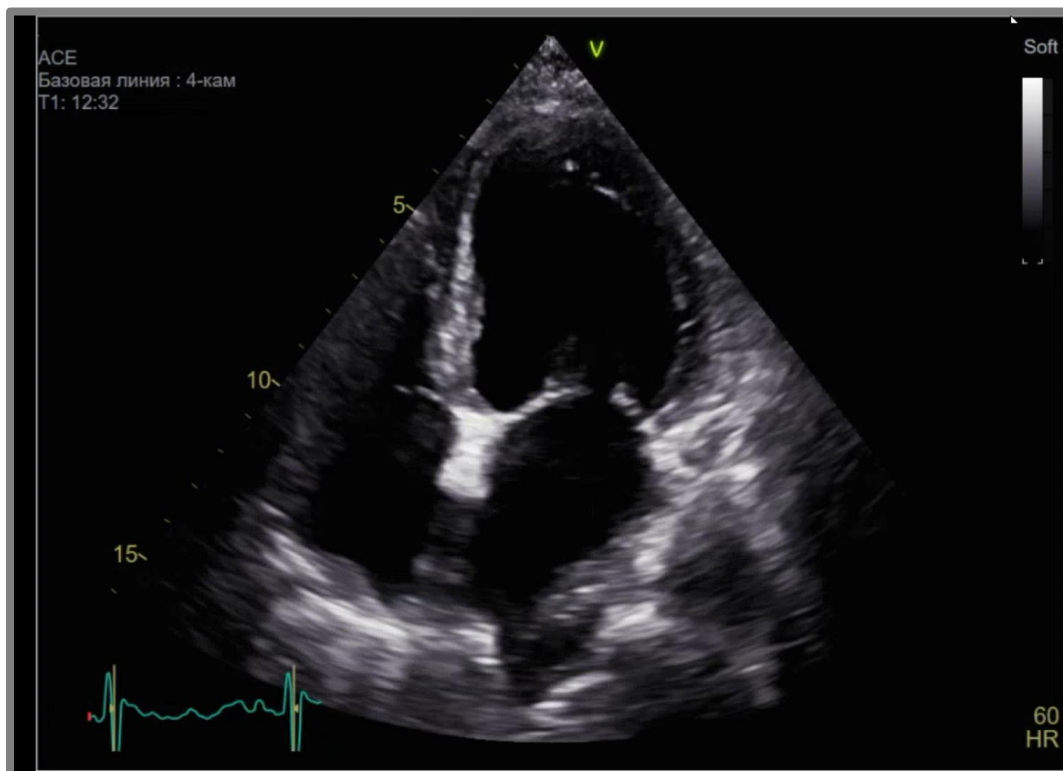


**ВПЕРВЫЕ РАСЧЁТНАЯ ПЛОЩАДЬ  
АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТКИ  
МЕНЕЕ 1 CM<sup>2</sup>**



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ  
УДАРНЫЙ ОБЪЁМ 40 МЛ, ИНДЕКС УДАРНОГО ОБЪЁМА 25 МЛ/М<sup>2</sup>

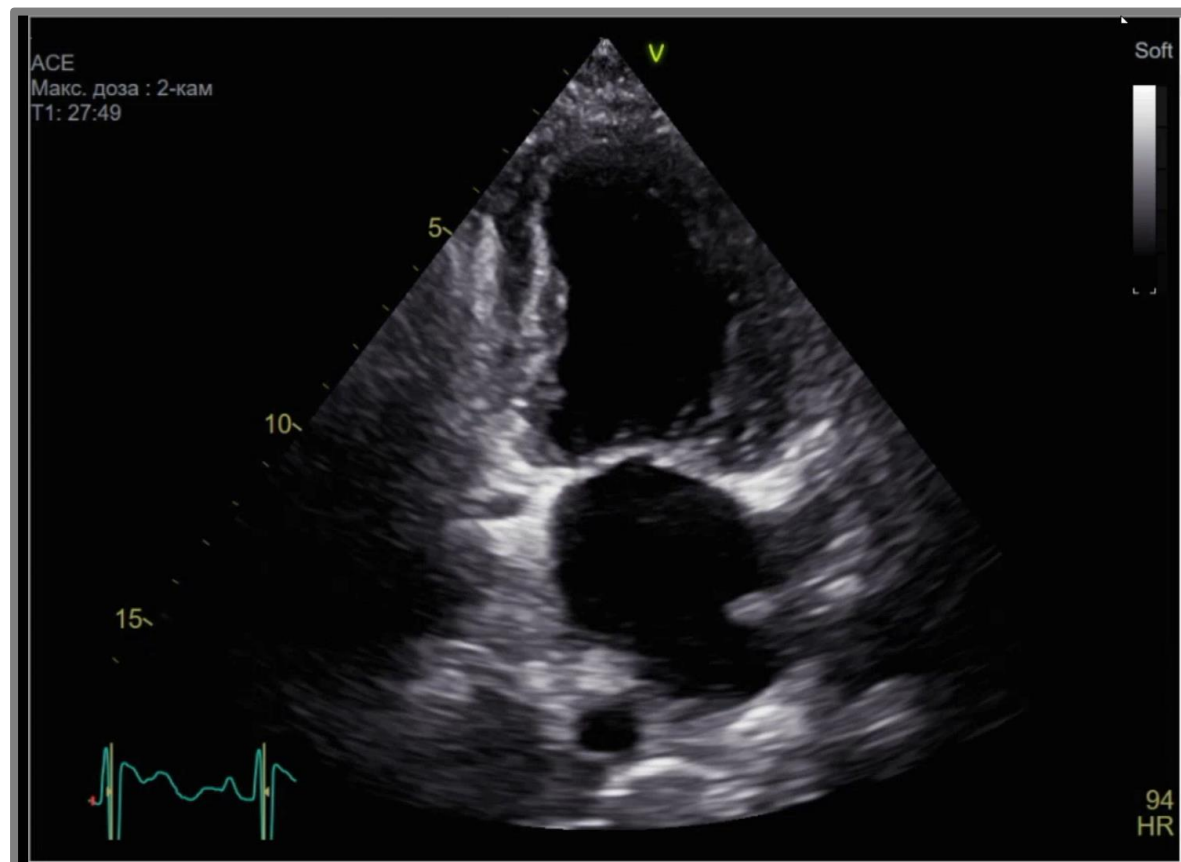
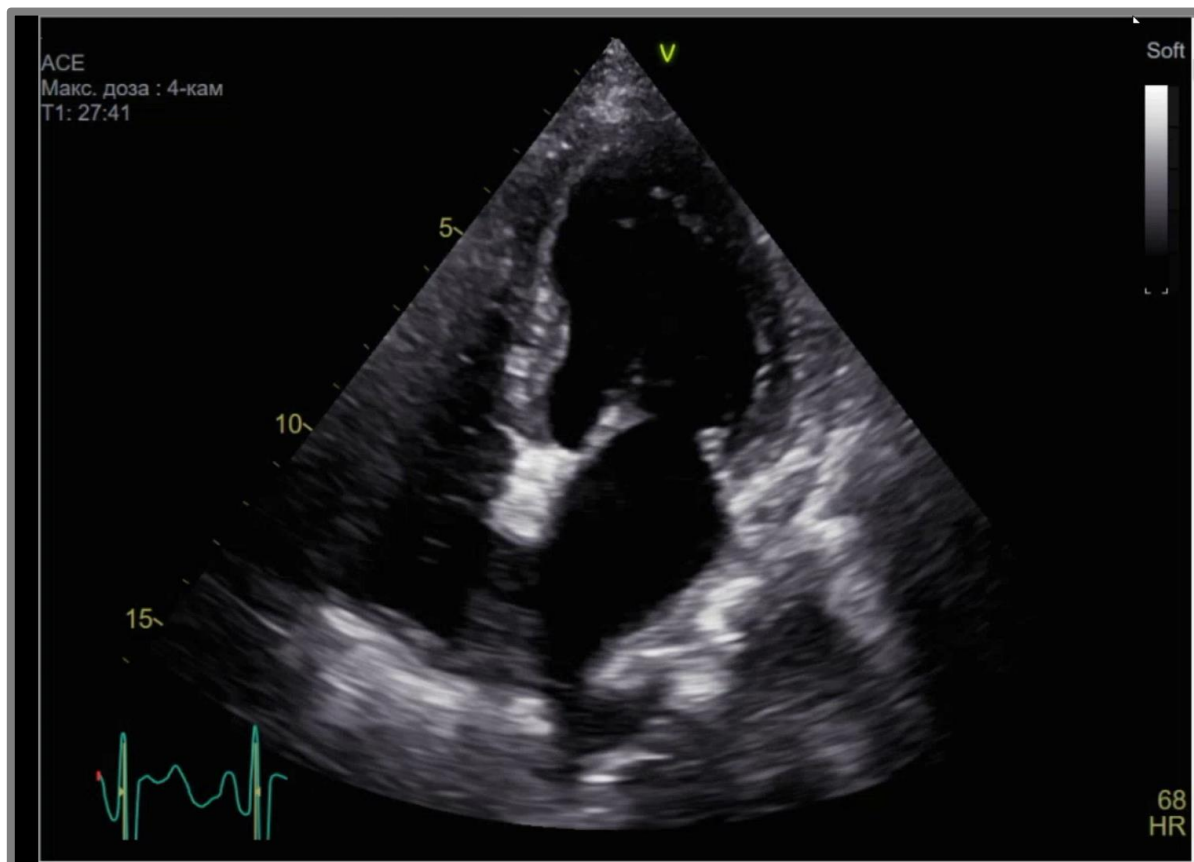


**ПОДОЗРЕНИЕ НА НИЗКОГРАДИЕНТНЫЙ ТЯЖЁЛЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ  
ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СТРЕСС-ЭХО-КГ С ДОБУТАМИНОМ**



## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ДОБУТАМИНОМ  
УДАРНЫЙ ОБЪЁМ 48 МЛ, ИНДЕКС УДАРНОГО ОБЪЁМА 30 МЛ/М<sup>2</sup>,  
ПРИРОСТ УДАРНОГО ОБЪЁМА 20%





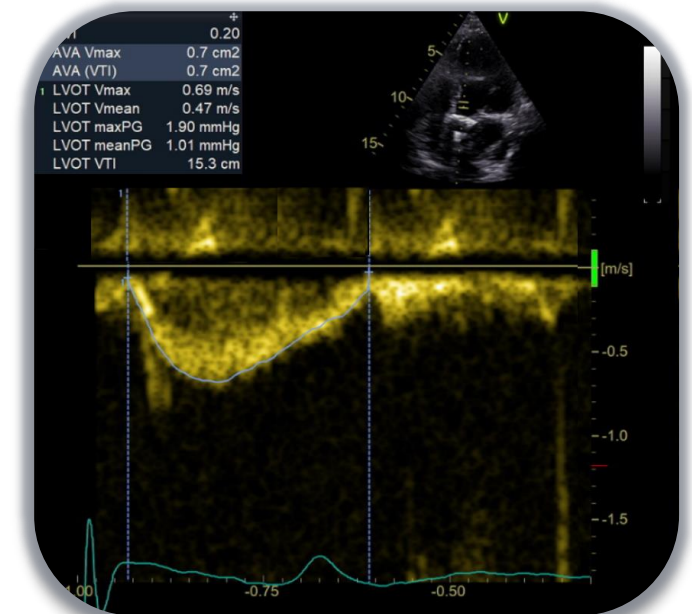
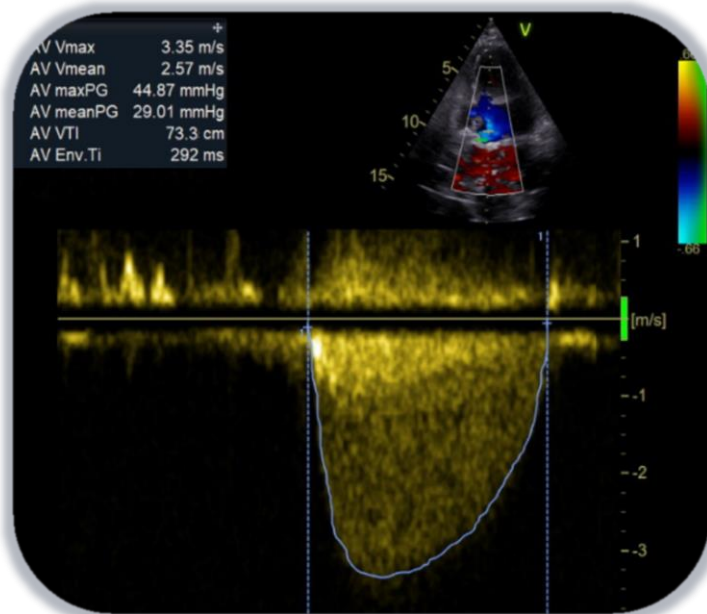


## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

РЕЗУЛЬТАТЫ СТРЕСС-ЭХО-КГ С ДОБУТАМИНОМ

**AVA 0,7 cm<sup>2</sup>**

**СРЕДНИЙ ГРАДИЕНТ 29 ММ РТ СТ**





### Cannot connect to server

Please reload this page to try again.  
If the problem still occurs, please check your internet connection or contact us at [hi@ahaslides.com](mailto:hi@ahaslides.com) for support.

Reload



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

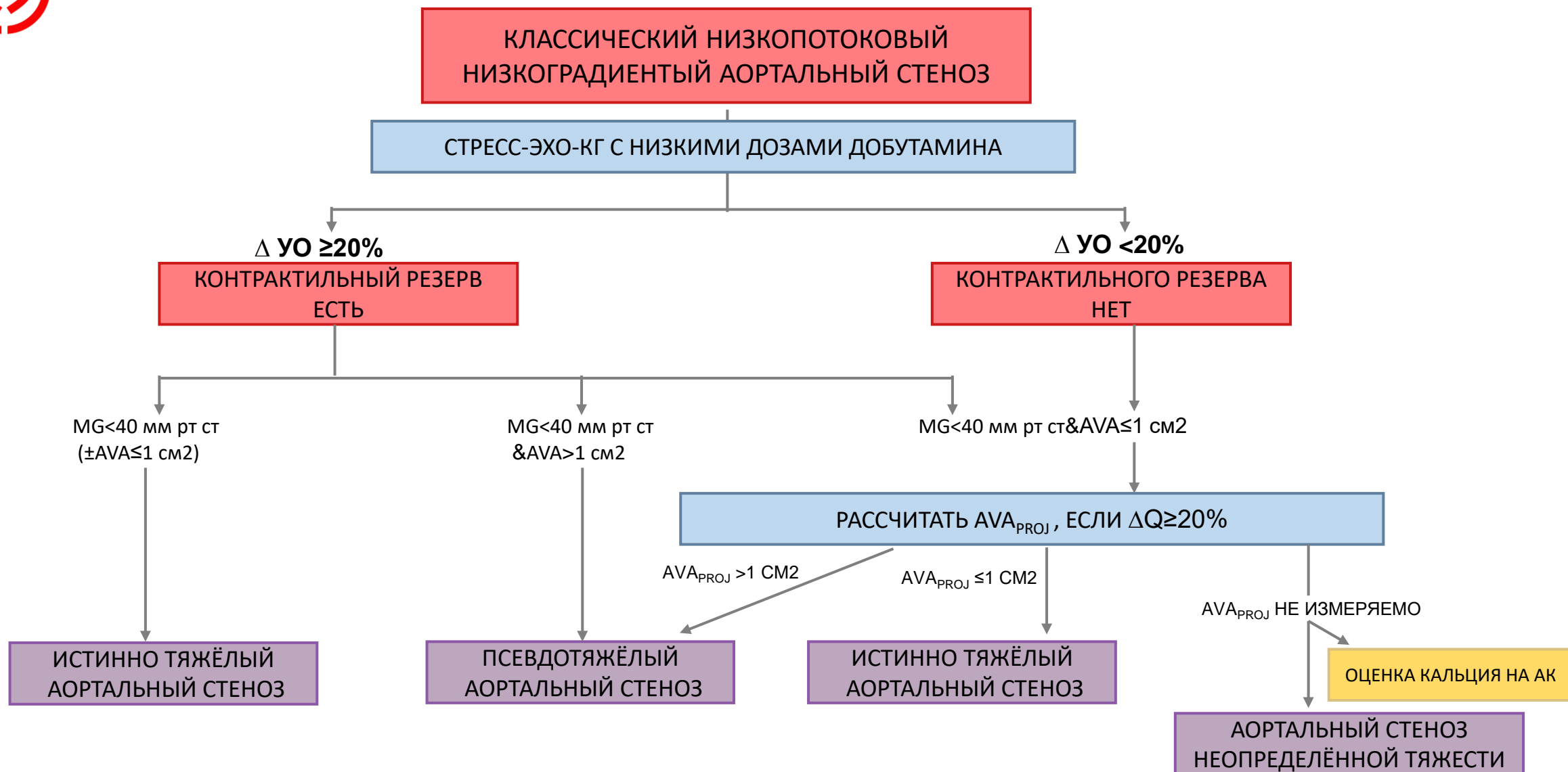
### ВОПРОС 1

**КАКИЕ ВАШИ ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ В ОТНОШЕНИИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ?**

1. НАПРАВИТЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К КАРДИОХИРУРГУ
2. РАССЧИТАТЬ ПРОГНОЗИРУЕМУЮ ПЛОЩАДЬ АК

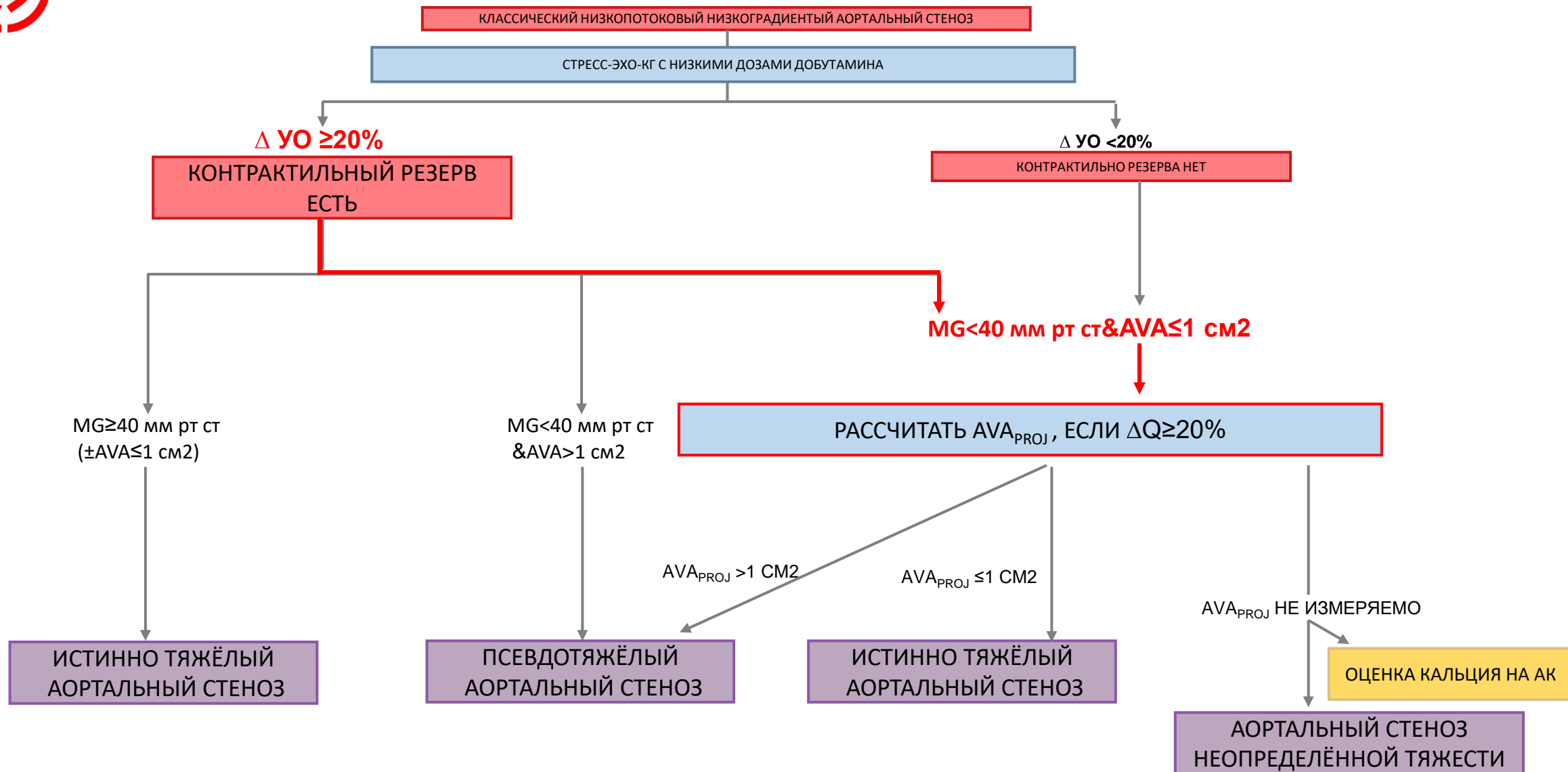


# ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХО-КГ С ДОБУТАМИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ





# ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХО-КГ С ДОБУТАМИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ





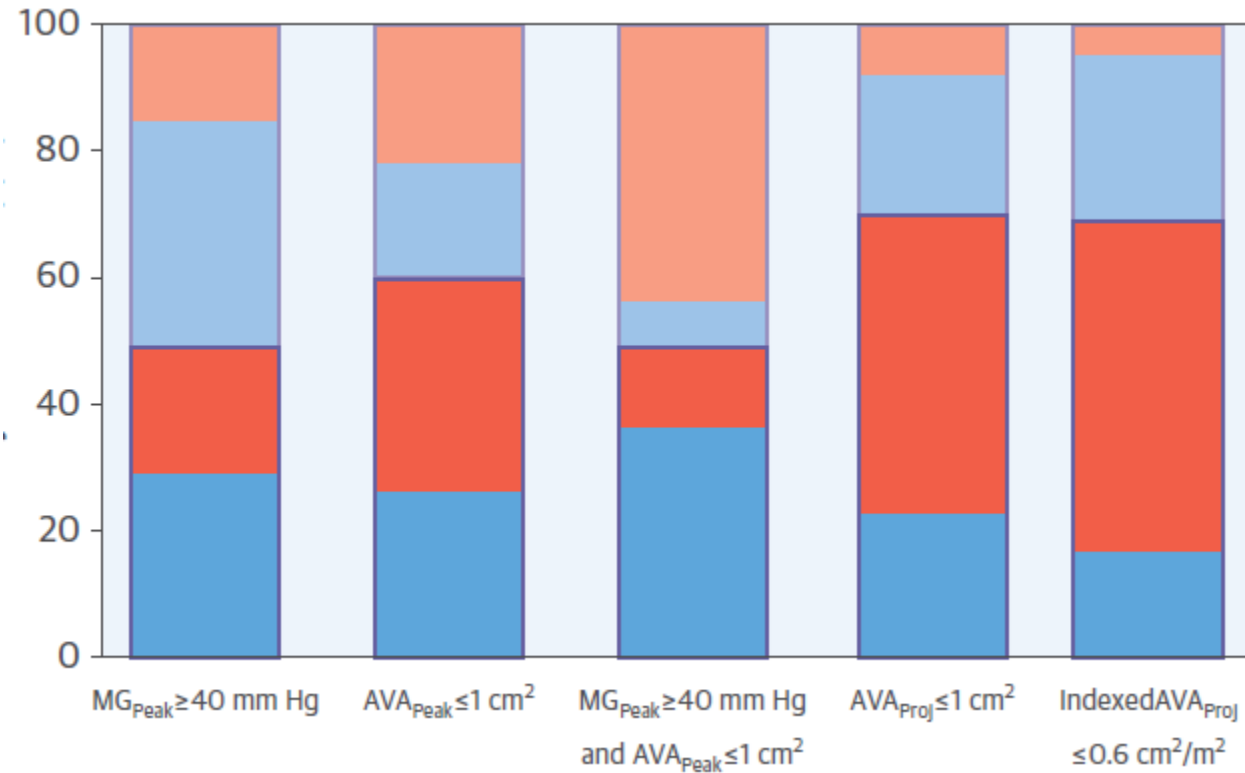
## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

$$AVA_{\text{Proj}} = AVA_{\text{Rest}} + \frac{AVA_{\text{Peak}} - AVA_{\text{Rest}}}{Q_{\text{Peak}} - Q_{\text{Rest}}} \times (250 - Q_{\text{Rest}})$$

$$AVA_{\text{Proj}} = 0,6 + \frac{0,7 - 0,6}{154 - 125} \times (250 - 125) = 1,03$$



## ИДЕНТИФИКАЦИЯ АС ПО ДАННЫМ СТРЕСС-ЭХОКГ С ДОБУТАМИНОМ



Корректно классифицируемый псевдо-тяжёлый АС



Корректно классифицируемый истинно тяжёлый АС



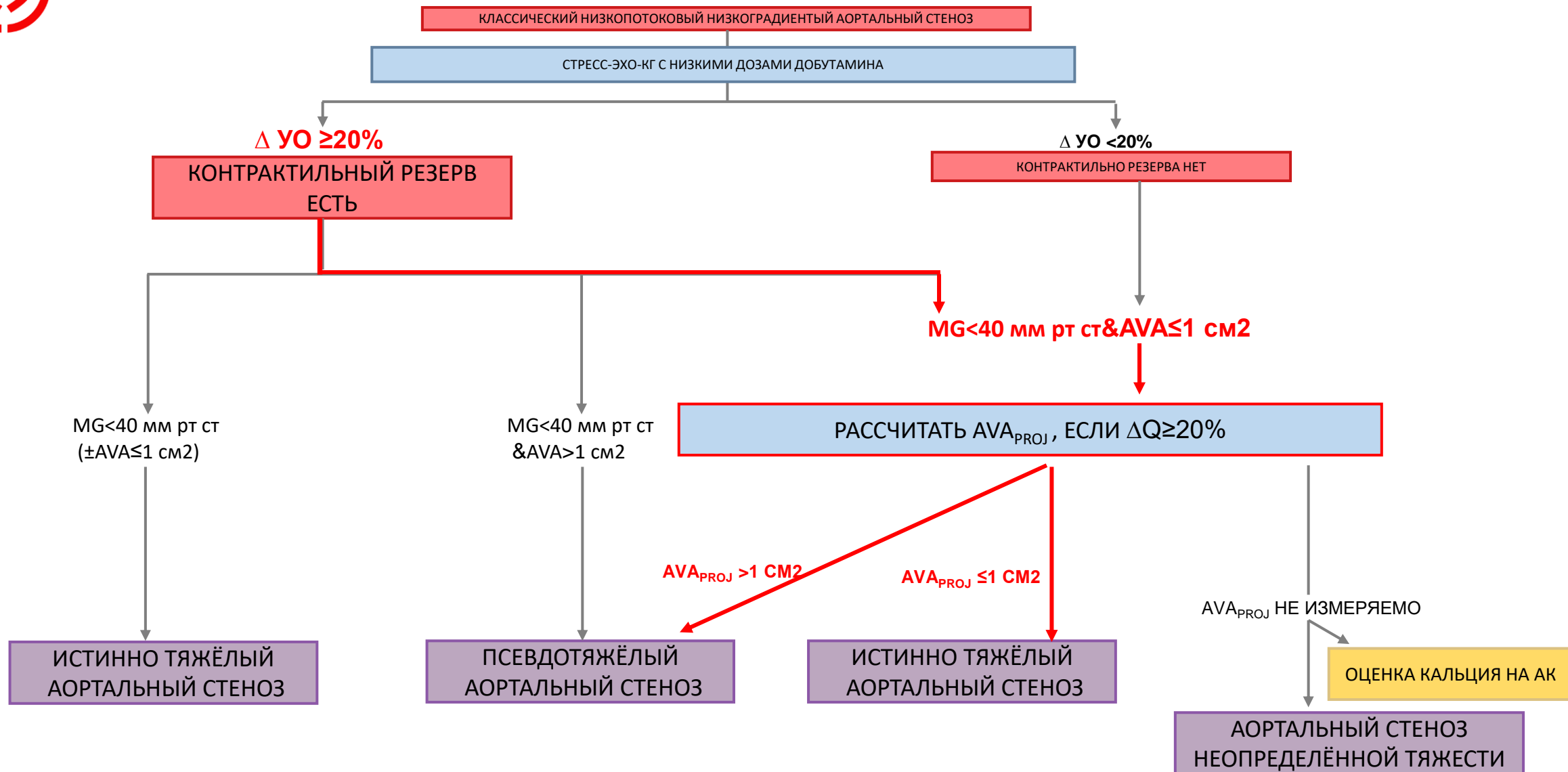
Ошибочно классифицируемый псевдо-тяжёлый АС (по данным стресс-ЭХОКГ с добутамином –тяжёлый)



Ошибочно классифицируемый истинно тяжёлый АС (по данным стресс-ЭХОКГ с добутамином –тяжёлый)



# ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХО-КГ С ДОБУТАМИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ







### Cannot connect to server

Please reload this page to try again.

If the problem still occurs, please check your internet connection or contact us at [hi@ahaslides.com](mailto:hi@ahaslides.com) for support.

Reload



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

### ВОПРОС 2

ЕСЛИ ПРОГНОЗИРУЕМАЯ ПЛОЩАДЬ АК РАВНА 1, ТО КАКИЕ ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ВЫ ПРЕДПРИМЕТЕ?

1. НАПРАВИТЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К КАРДИОХИРУРГУ
2. ОТПРАВИТЬ НА КТ ОЦЕНКУ КАЛЬЦИЯ НА АК
3. НАЗНАЧИТЬ АНАЛИЗ КРОВИ НА ВПР



## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2



**КАЛЬЦИЙ НА АК  
1050 ЕД**

Оценка тяжести аортального стеноза по данным КТ

	мужчины	женщины
Высокая вероятность тяжелого стеноза	>3000	>1600
Вероятно тяжелый аортальный стеноз	>2000	>1200
Маловероятно тяжёлый аортальный стеноз	<1600	<800



## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

### РЕКОМЕНДОВАНО:

1. ВПР СЕЙЧАС И ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ
2. ЭХО-КГ В ДИНАМИКЕ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ
3. СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ РОЗУВАСТАТИНА ДО 20 МГ, В СВЯЗИ С РИСКОМ УСКОРЕННОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

ПАЦИЕНТКА, 50 ЛЕТ

ЖАЛОБЫ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ

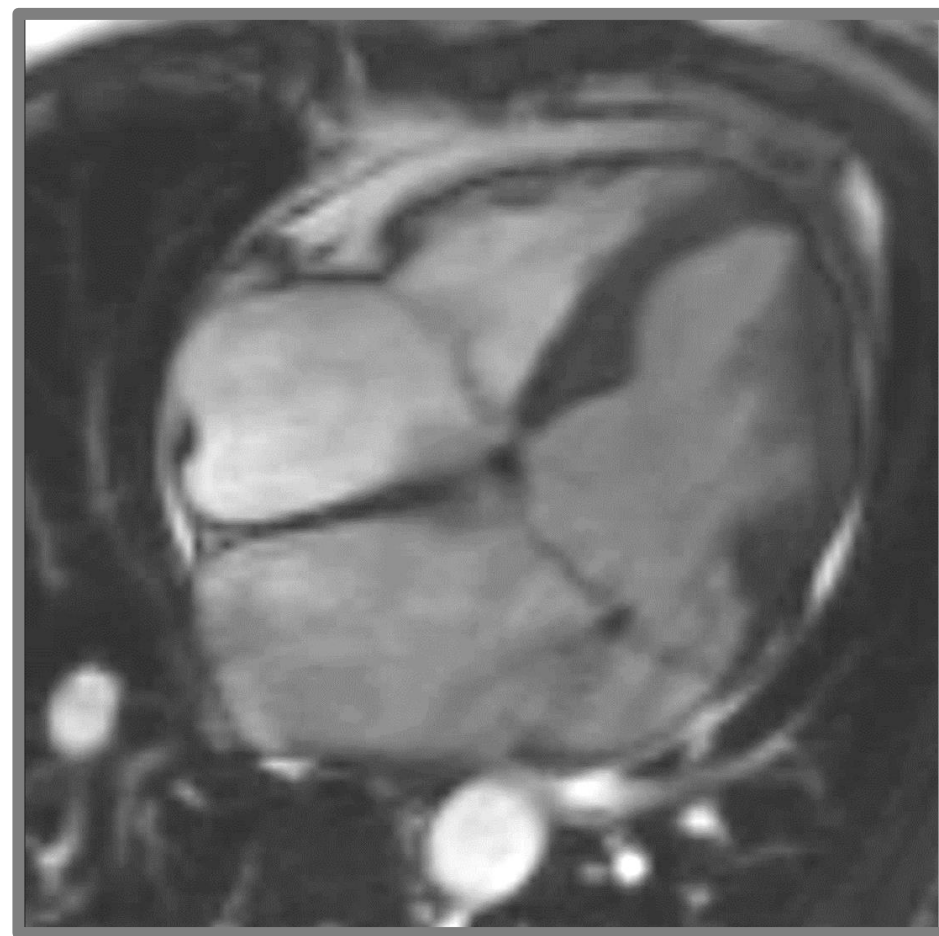
### ANAMNESIS MORBI:

ОБРАТИЛАСЬ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ.

ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАЕТСЯ В КАРДИОКЛИНИКЕ С ДИАГНОЗОМ: ПМК.  
МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ УМЕРЕННАЯ.

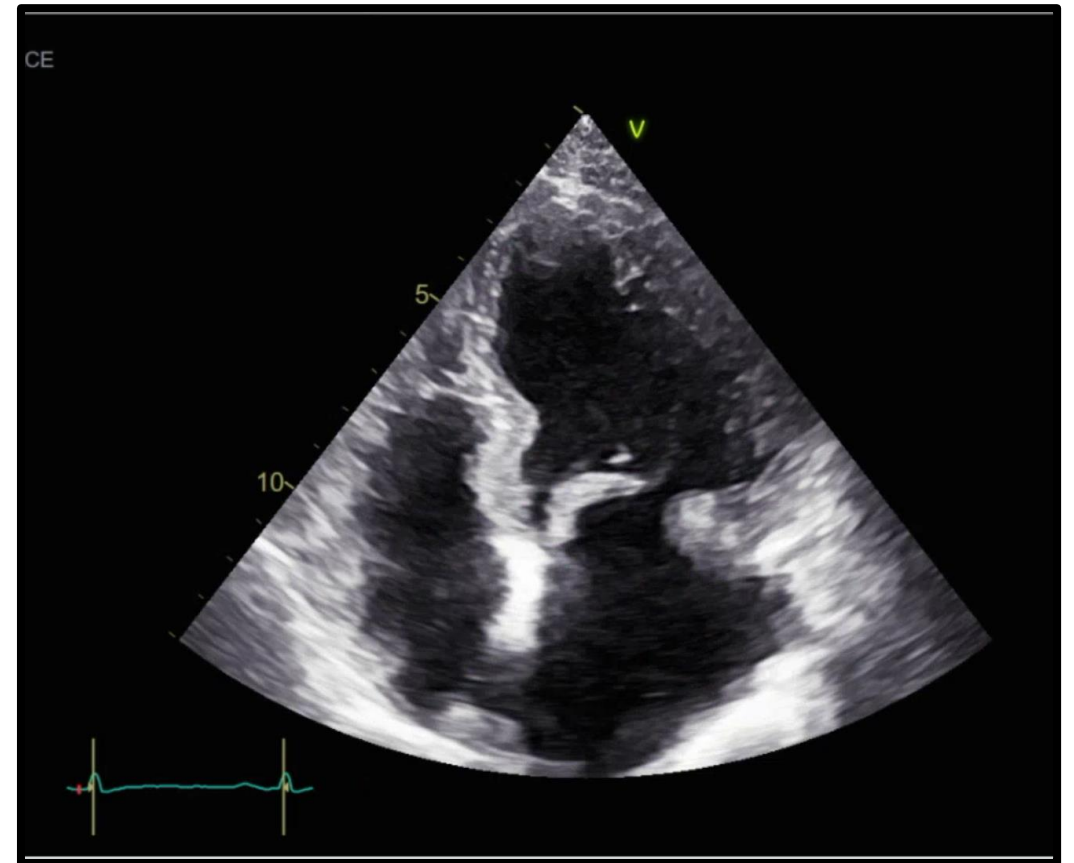
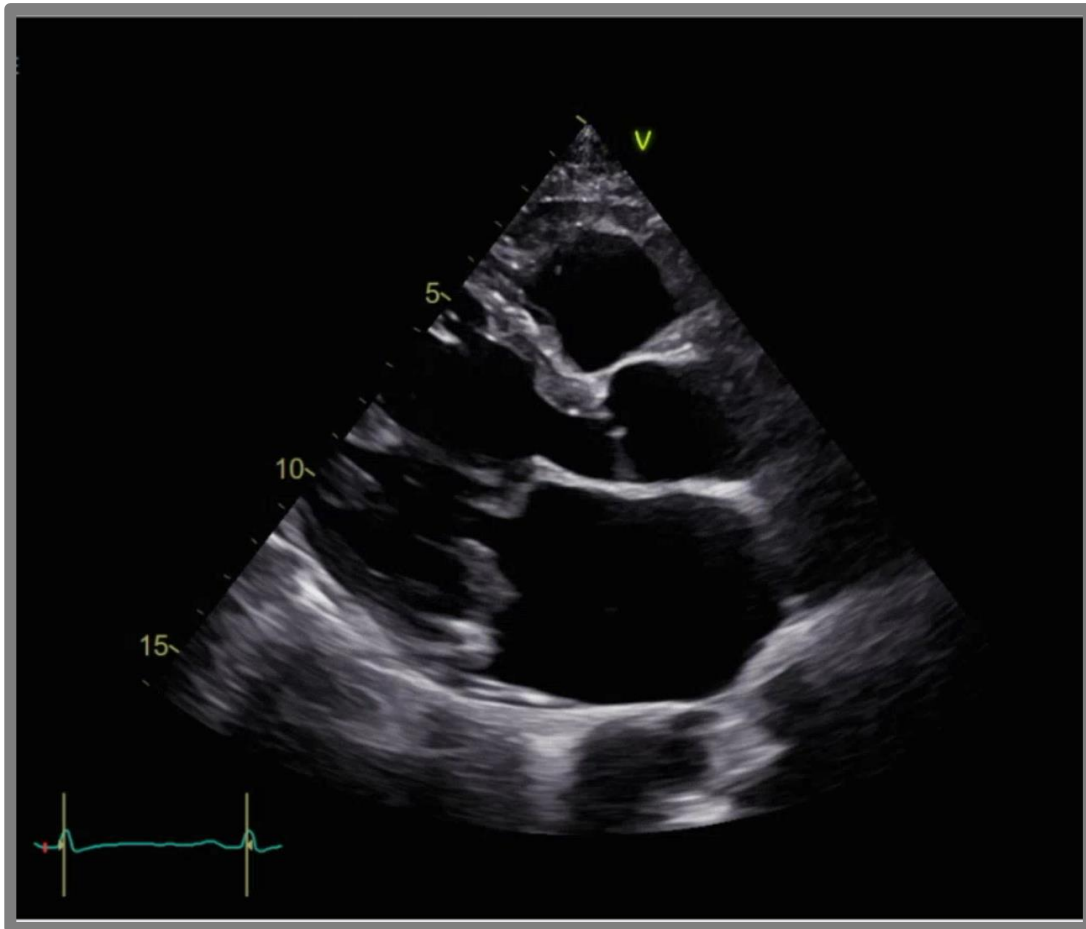


# МРТ СЕРДЦА 2022 ГОД





# ЭХОКАРДИОГРАФИЯ МАРТ 2024 ГОДА





## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

ПАЦИЕНТКА, 50 ЛЕТ

### ANAMNESIS MORBI (ДОПОЛНЕНИЕ)

Два месяца назад болела острым бронхитом, принимала курс антибиотиков. Дважды за период болезни и через неделю после выздоровления сдавала общий анализ крови и с-реактивный белок.

СОЭ, С-реактивный белок и лейкоциты во всех анализах были в норме





### Cannot connect to server

Please reload this page to try again.  
If the problem still occurs, please check your internet connection or contact us at [hi@ahaslides.com](mailto:hi@ahaslides.com) for support.

Reload



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

### ВОПРОС 1

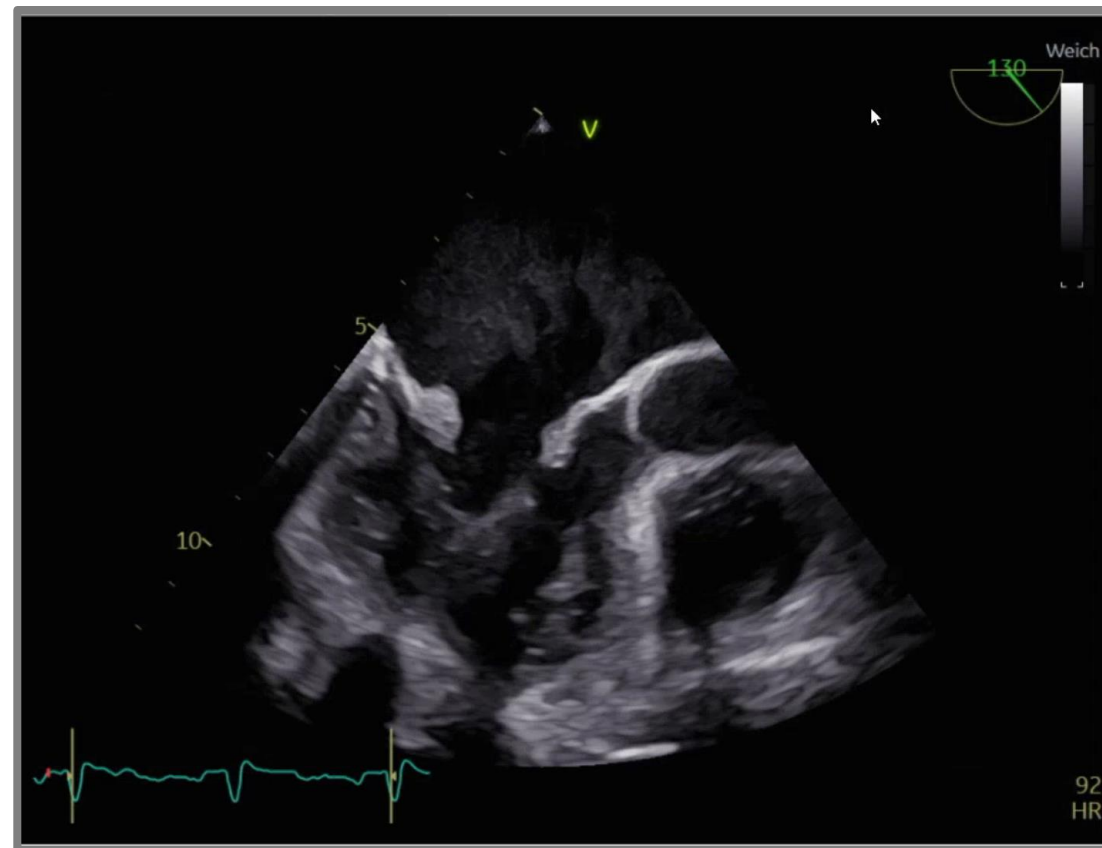
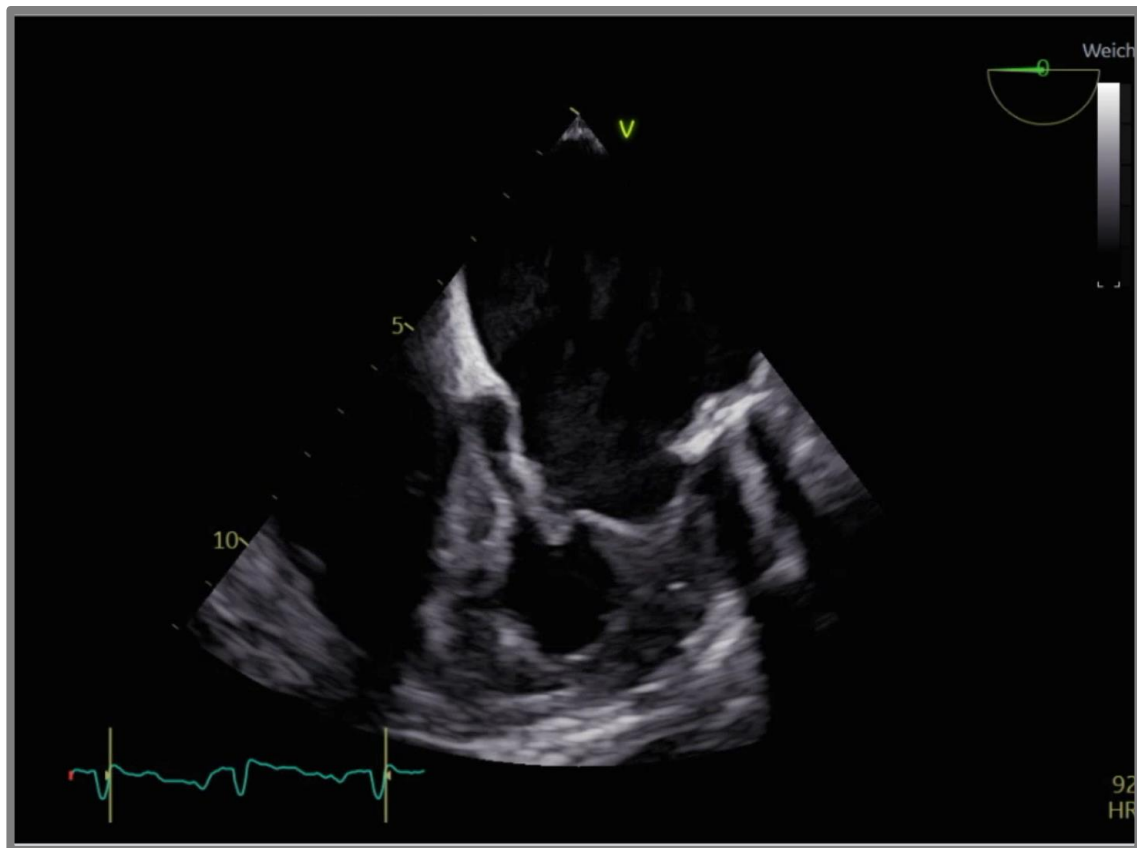
**КАКОЙ ПЕРЕЧЕНЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫ ПРЕДЛОЖИТЕ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ?**

- 1. ТРЕХКРАТНОЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ (КУЛЬТУРАЛЬНОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА СТЕРИЛЬНОСТЬ, КЛ АНАЛИЗ КРОВИ, С РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК**
- 2. ЧП-ЭХО-КГ**
- 3. МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА**
- 4. ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ 1.2**
- 5. ВСЕ ОТВЕТЫ ПРАВИЛЬНЫЕ**



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

## ЧП-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ





## РИСК ЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОЙ ФИБРОЭЛАСТОМЕ



МЕХАНИЗМ ЭМБОЛИЗАЦИИ – НЕПОСРЕДСТВЕННО КУСОЧКОМ  
ОПУХОЛЕВОЙ ТКАНИ ИЛИ ПРИЛЕГАЮЩИЙ К ПОВЕРХНОСТИ  
ОПУХОЛИ ТРОМБОМ



ПАЦИЕНТЫ С ПАПИЛЛЯРНОЙ ФИБРОЭЛАСТОМОЙ ИМЕЮТ  
ВЫШЕ РИСК 3,5 ИНСУЛЬТА В СРАВНЕНИИ С СОПОСТАВИМЫМИ  
ПО ВОЗРАСТУ И ПОЛУ ИНДИВИДУУМАМИ



АБСОЛЮТНЫЙ РИСК НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ 6% В  
ТЕЧЕНИЕ 1-ОГО ГОДА И 13% В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ.



### Cannot connect to server

Please reload this page to try again.

If the problem still occurs, please check your internet connection or contact us at [hi@ahaslides.com](mailto:hi@ahaslides.com) for support.

Reload



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

### ВОПРОС 2

**КАКАЯ ВАША ВЕРСИЯ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТКИ?**

1. ПМК. ТЯЖЁЛАЯ МР. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ
2. ПМК. ТЯЖЁЛАЯ МР. ОТРЫВ ХОРДЫ
3. ПМК. ТЯЖЁЛАЯ МР. ФИБРОЭЛАСТОМА



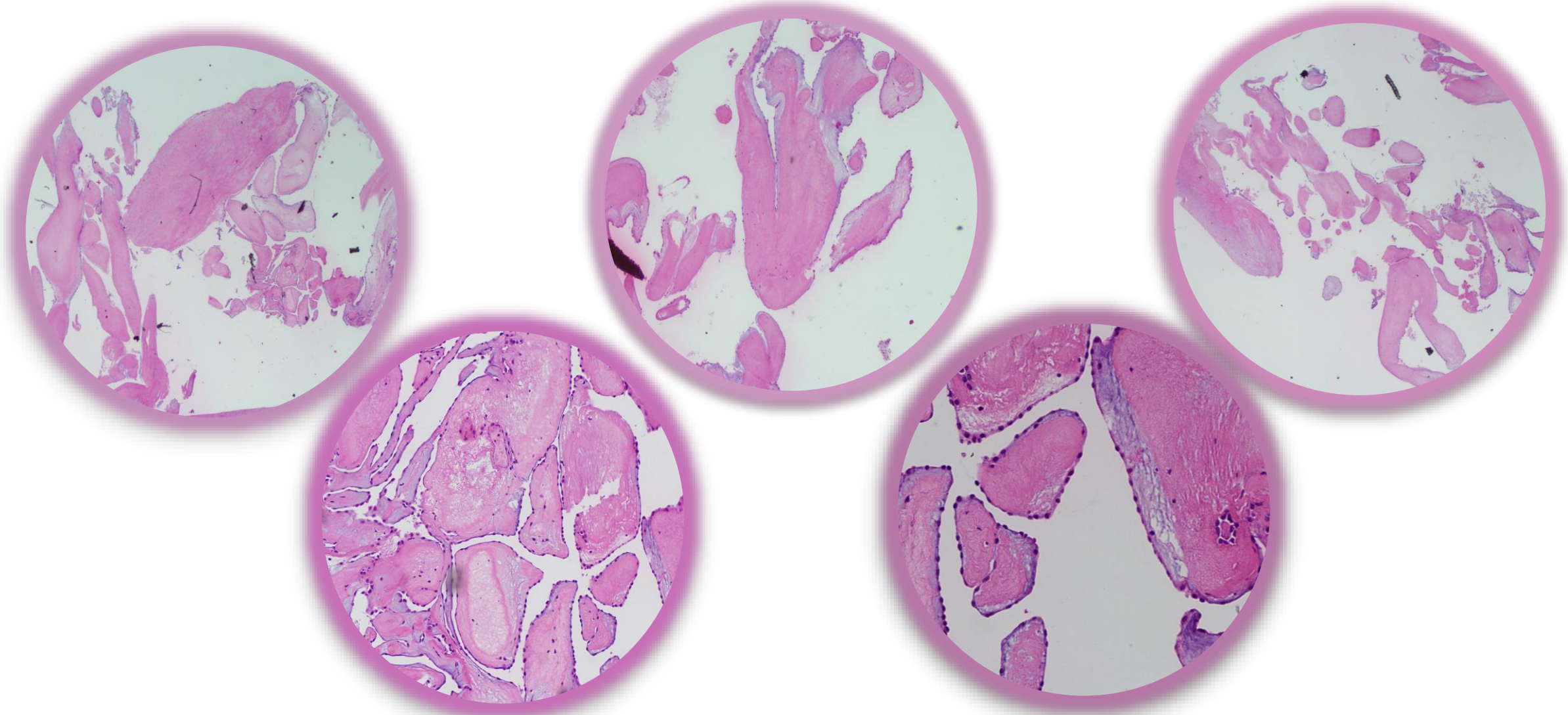
ПАПИЛЛЯРНАЯ ФИБРОЭЛАСТОМА В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ РАСТВОРЕ ПРИНИМАЕТ ХАРАКТЕРНУЮ ВОРСИНЧАТОСТЬ И НАПОМИНАЕТ МОРСКУЮ АНЕМОНУ (АКТИНИЮ)



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3



## ГИСТОЛОГИЯ: ПАПИЛЛЯРНАЯ ФИБРОЭЛАСТОМА

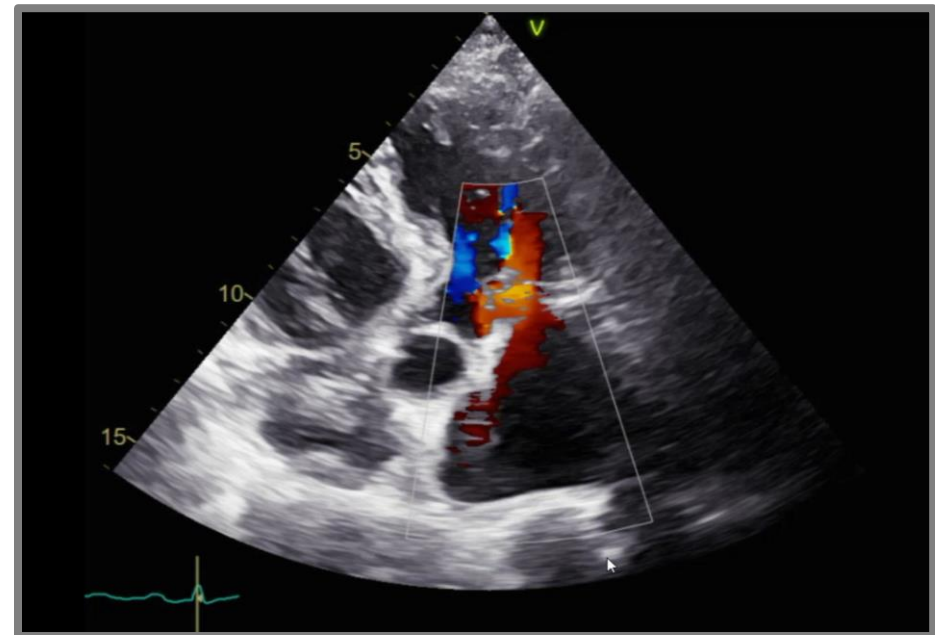
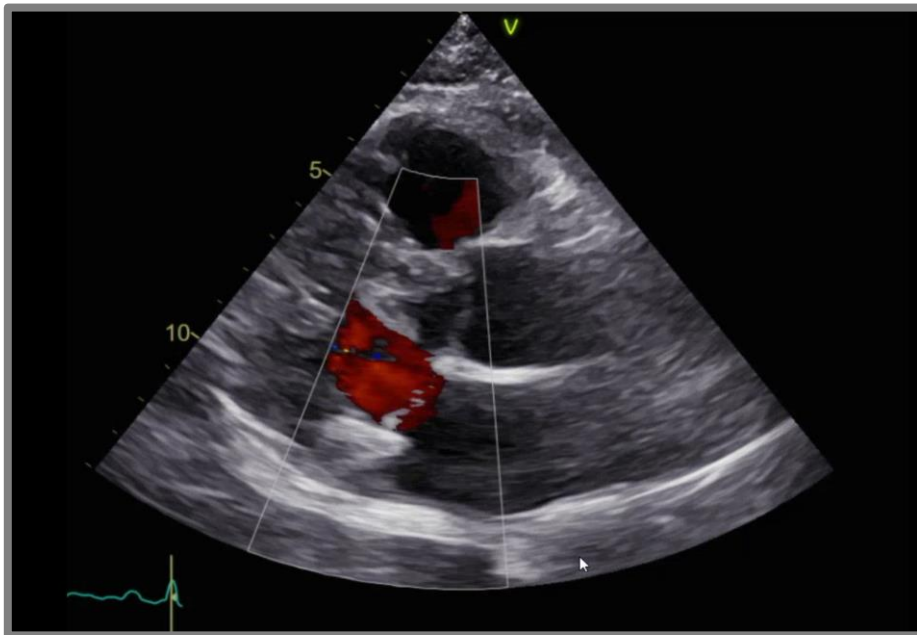




# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

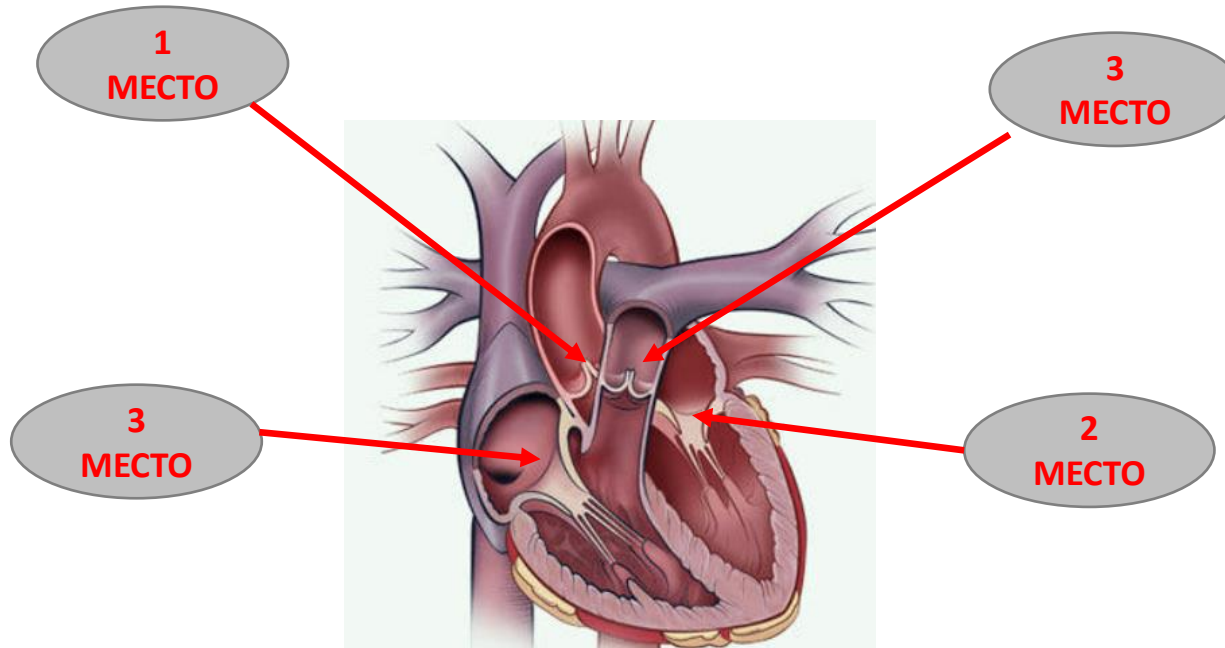


## ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ





## ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОВ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОЙ ФИБРОЭЛАСТОМЕ



Am Heart J 2003;146:404–10.



ИЮНЬСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
В КАРДИОКЛИНИКЕ

**СПАСИБО  
ЗА ВНИМАНИЕ!**



Приглашаем присоединиться  
к участникам конференций  
в Telegram-канале.