

Клинический случай эффективной биологической терапии неамнестических когнитивных нарушений, в сочетании с эмоциональными расстройствами и инсомнией при хронической ишемии головного мозга на фоне гипертонической болезни и атеросклероза.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга (ХИМ), когнитивные нарушения, эмоциональные нарушения, сердечно-сосудистые заболевания, биологическая терапия

Данный клинический случай демонстрирует клинико-лабораторную эффективность биологических препаратов в лечении патологических процессов в центральной нервной системе, патогенетически связанных с воспалением и старением (Inflammaging). Сочетание и одновременное назначение в терапии хронической ишемии мозга биологических препаратов с разными показаниями и эффектами (плейотропный принцип действия каждого биологического препарата): коферментов, митохондриальных, противовоспалительных, ноотропных, антиатеросклеротических, репаративных, иммуномодулирующих и других свойств, обладает более высоким терапевтическим потенциалом и продолжительным (стойким) клиническим эффектом.

В течение последних трех лет пациент отмечает рассеянность и забывчивость, снижение энергии как физической - стал быстро уставать при ходьбе, работе на улице, так и психической - истощаемость, проявляющуюся в раздражительности и импульсивности, которую оценивает критически. Еще одним симптомом были нарушения сна: ночные пробуждения 1-2 раза за ночь, с последующей невозможностью снова уснуть и дневной вялостью, «ощущением тумана в голове», снижением внимания и скорости реакций.

Пациенту были проведено клиническое неврологическое обследование: оценка когнитивных функций в виде интервью, при котором отмечено снижение внимания и памяти на текущие события в виде нарушения как непосредственного, так и отсроченного (через 5-10 мин) воспроизведения информации. Проведены тесты на оценку когнитивных функций с чувствительностью к умеренным когнитивным нарушениям MCI (mild cognitive impairment) - MoCA (от англ. Montreal Cognitive Assessment) - Монреальская шкала оценки когнитивных функций, 1996 г., оценивающий внимание и концентрацию, исполнительские функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счёт и ориентацию, по которому пациент набрал 24 балла, что ниже нормы, но не достигает пограничных значений и может соответствовать легкому когнитивному снижению [1]. Скрининг депрессии проведен по шкале PHQ-9 с результатом в 5 баллов, что может быть проявлением астении. Тревожность оценивалась тестом GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) - шкала для оценки уровня тревожности и скрининга генерализованного тревожного расстройства (ГТР) с результатом в 12 баллов, что может соответствовать умеренному уровню тревоги, что коррелирует и с поведением пациента: при выполнении всех тестов отмечалось волнение, суетливое поведение, дрожание голоса и симпатикотония при измерении АД - 160/100 мм рт. ст. и Пульса - 89 уд. в мин., акрогипергидроз, белый кожный дермографизм [1,2]. Для оценки утомляемости применили метод экспресс-диагностики астенического состояния с помощью субъективных шкал его оценки Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), который состоит из 20 вопросов и все утверждения сгруппированы в 5 субшкал и оценивают

суммарный балл в разрезе субшкал, а не общую сумму. Сумма более 12 баллов хотя бы по одной субшкале свидетельствует о неблагополучии с энергией. С помощью данного инструмента диагностированы: общая астения (13 баллов), физическая и психическая астения (по 12 и 14 баллов соответственно) и снижение мотивации (15 баллов) [3].

При исследовании неврологического статуса отклонение от нормы выражалось в виде: торпидности прямой и содружественной зрачковых реакций, асимметрии носогубных складок. Выявлена легкая аксиальная ригидность и снижение скорости ходьбы, длины и высоты шага, проба Тевенара отрицательная, мозжечковые пробы так же отрицательные. Силовых парезов и чувствительных расстройств не выявлено, сухожильные и периостальные рефлексy равномерные одинаковые слева и справа, но коленные симметрично повышены, в сравнении с рефлексами с рук. Ахилловы отсутствуют (пресбиостазис).

Проведена сердечно-сосудистая функциональная диагностика: СМАД (суточное мониторирование артериального давления) - нормальный диппер для систолического и диастолического АД, систолодиастолическая артериальная гипертензия в течение суток, по результатам ХМ ЭКГ (Холтеровского мониторирования) выявлены редкие наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы, транзиторная кратковременная А-V блокада 1 степени, 1 фрагмент блокады 2 степени, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов, выявившее стенозирующий атеросклероз гемодинамически незначимый брахиоцефальных артерий (БЦА), асимметрию позвоночных артерий. На ЭхоКГ выявлен склероз аорты, кальциноз кольца аорты, митральная и трикуспидальная недостаточность 1 ст., расширение полости левого желудочка, гипертрофия стенок левого желудочка (ЛЖ), нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу.

Лабораторная диагностика установила: снижение уровня витамина В1-2,05мкг/л и цинка 9,8 мкмоль/л, невысокий показатель, приближающийся к уровню недостаточности для витамина Д3 (36,8 при нижней границе нормы до 30 нг/мл).

По данным МРТ головного мозга 3Тс по программе нейродегенеративных заболеваний и в стандартных режимах T1, T2 в трех проекциях, использованы последовательности T1_3D с получением мультипланарных реконструкций, TSE, FLAIR, DWI с толщиной среза 1-2 мм, выявлена картина очаговых изменений в головном мозге дистрофического характера (Fazekas 1). Формирующееся «пустое» турецкое седло. Явления наружной гидроцефалии. Атрофические изменения вещества головного мозга (Koeдам1, GCA 1). Данных за нейродегенеративное заболевание не выявлено. Данная картина соответствует ишемическим («сосудистым») нарушениям, проявлениям гипертонической микроангиопатии с явлениями вторичной атрофии коры головного мозга.

Консультирован кардиологом по итогам лабораторных исследований и функциональной диагностики и установлен диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая. Целевое АД <130/80 мм рт. ст., Расширение восходящей аорты. ГЛЖ (гипертрофия левого желудочка) с ИММЛЖ (индекс массы миокарда левого желудочка) - 156 г/м². Атеросклероз БЦА, АНК (артерий нижних конечностей). Дислипидемия II А типа (по D.Fredrickson). AV блокада 1 степени Транзиторная AV блокада 2 степени, 1 типа. Риск 4 (очень высокий).

В результате клинико-инструментального и лабораторного исследования был установлен неврологический диагноз: Хронической ишемии мозга на фоне гипертонической болезни и атеросклероза с субъективными неамнестическими когнитивными нарушениями, с преобладанием гипопрозекии и регуляторных нарушений, астено-вегетативными и невротическими проявлениями: хронической инсомнией и тревогой в стадии субкомпенсации.

Проведено лечение с применением биорегуляционных препаратов (по желанию пациента, т.к. имеющийся уровень тревоги был интегрирован в применение лекарственных препаратов). Терапия, назначенная кардиологом: ацетилсалициловая кислота, фиксированная комбинация ибесартана и амлодипина, розувостатин, была новой и казалась пациенту масштабной, и он «боялся за свою печень». Терапия невролога заключалась в применении аллопатических медикаментов: Глиатиллин (холина альфосцерат) 400 мг по 1т х3 раза до еды- в течение 3-х месяцев, Селцинк плюс в течение 30 дней по 1т в сутки, препарата Мильгамма инъекционно по 2,0 мл в/м ежедневно с переходом на прим внутрь Мильгамма композитум по 1т х 3 раза в течение месяца, Солигамма 10.000 МЕ по 1т х 1 раз утром - в течение 2-х месяцев. Согласно предпочтениям пациента для улучшения мозговых функций проведена терапия биорегуляционными препаратами, влияющими на ишемию мозга и ее клинические проявления: Церебрум композитум 2,2 мл в/м чередуя с Плацента композитум 2,2 мл в/м по 15 инъекций каждого препарата. Одновременно применялись препараты Коэнзим композитум 2,2 мл в/м через день, чередуясь с препаратом Убихинон 2,2 мл через день, под 10 введений каждого препарата на данный курс лечения. В таблетированной форме за 30 мин до приема пищи 3 раза в день сублингвально для рассасывания пациент получал препараты: Ньюрексан и Траумель С - в течение месяца. На фоне проведенного лечения улучшилось внимание, память и сон пациента, полностью регрессировала психофизическая утомляемость и раздражительность.

Представленный клинический случай подчеркивает важность оценки клиницистами когнитивных функций, оценку сна, утомляемости, настроения, особенно у пациентов старшего возраста, т.к. изменения непосредственно неврологического статуса минимальны, социальное функционирование не нарушено, что может длительное время оставлять пациента без лечения, способствуя прогрессированию процесса, повышая риски инвалидизации (развитие деменции). Так же данный случай подчеркивает актуальность более тщательного, чем рутинная диспансеризация и углубленного своевременного кардиологического обследования для выявления сердечно-сосудистых заболеваний и наиболее ранней (своевременной) их терапии, профилактики сердечно-сосудистых событий.

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) - синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, клинически проявляющийся неврологическими и психоэмоциональными нарушениями, обусловленный хронической мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) хроническая ишемия головного мозга кодирована в рубрике I67 «Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия» (код I67.3) и «Другие уточнённые поражения сосудов мозга» (код I67.8). Удельный вес ХИМ в популяции населения РФ составляет более 1,5 млн человек, в силу

распространенности ее факторов риска: сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся возраст-ассоциированными состояниями и увеличения продолжительности жизни и «постарением» населения, что обуславливает «немую эпидемию» когнитивных нарушений, которые могут манифестировать для пациента и его родственников уже на стадии деменции, а этап умеренных когнитивных нарушений остается игнорированным, рассматривается как «доброкачественная возрастная забывчивость» и остается без терапевтических воздействий. Ядром клинической картины ХИМ являются когнитивные, аффективные и двигательные (постурально-дисбазические) расстройства [4,5].

Биорегуляционный подход к терапии продолжил и развил принципы холистической медицины, предусматривающей комплексный подход к лечению человека как единой биологической системы [6]. Биорегуляционные препараты производят из натуральных природных компонентов, обрабатываемых строго согласно стандартам производственной практики [6,7]. Особенность многокомпонентных препаратов компании «Хеель» в том, что они зарегистрированы МЗ РФ как лекарственные средства и имеют инструкцию с прописанными показаниями и противопоказаниями, то есть их назначение осуществляется на основе анатомо-клинического диагноза в соответствии с принятыми стандартами [6]. Уникальность случая заключается в достижении клинического эффекта по основным проявлениям хронической ишемии мозга при одновременном применении единственного аллопатического препарата, воздействующего на когнитивные функции (холина альфосцерат) в сочетании с несколькими гомеопатическими средствами компании «Хеель»: Церебрум композитум, Плацента композитум, Коэнзим композитум, Убихинон Ньюрексан и Траумель С, обладающих преимущественно антиоксидантными, митохондриальными, противовоспалительными/иммуномодулирующими, репаративными свойствами, таким образом влияющими практически на все патофизиологические механизмы хронической ишемии (оксидативный стресс, эндотелиальная дисфункция, воспаление, нейродегенерация). Относительно новый на нашем рынке препарат «Ньюрексан» способствует снижению тревоги, нормализует сон и обладает нейропротекторным воздействием [8,9,10].

Пациент - мужчина в возрасте 63 лет, с высшим образованием в настоящее время - пенсионер, занимающийся хобби: садоводство, охота, рыбалка. На пенсии находится 3 года, до выхода на пенсию работал инженером. Вредных привычек не имеет. Сердечно-сосудистые заболевания и эндокринную патологию отрицает, никаких лекарственных средств не получает. Генетических заболеваний в семье нет. Родители страдали гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца.

Поводом к обращению явились вышеуказанные жалобы когнитивно-астенического спектра и нарушения сна.

Из анамнеза жизни известно, что мужчина проживает в экологически благоприятном районе - небольшом городе в 70 км от краевого центра. Мужчина женат, проживают вдвоем с женой в благоустроенной отдельной квартире с централизованным отоплением и водоснабжением. Отношения между супругами хорошие - конфликты отсутствуют. Супруги имеют единственную дочь и троих внуков, со всеми поддерживают регулярное общение, приносящее радость и удовольствие, проявляют заботу о дочери и внуках.

До обращения к неврологу частной клиники никуда не обращался, не получал лечения.

При обращении к неврологу и осмотре установлено, что пациент имеет нормостеническое телосложение при росте 182 см и массе тела 95 кг, ИМТ 28,7 (избыток массы тела). Кожные покровы чистые физиологической окраски, дыхание в легких везикулярное, проводится по всем полям, ЧДД 16 уд. в минуту. Область сердца не изменена, видимой пульсации сосудов нет, при аускультации сердца и сонных артерий патологических шумов не выявлено, АД 160/100 мм рт. ст., Пульс 89 уд. в мин, акрогипергидроз, белый дермографизм.

При исследовании неврологического статуса выявлены легкие когнитивные нарушения в части снятия и регуляторных функций, которые уточнены психометрическими и когнитивными тестами (см. ниже и приложения).

Со стороны черепных нервов: отмечалась торпидности прямой и содружественной зрачковых реакций, асимметрии носогубных складок. Рефлексы орального автоматизма отрицательные. Легкая аксиальная ригидность и незначительные: снижение скорости ходьбы, длины и высоты шага, проба Тевенара отрицательная, мозжечковые пробы так же отрицательные. Силовых парезов и чувствительных расстройств не выявлено, сухожильные и периостальные рефлексы равномерные, одинаковые слева и справа, но коленные симметрично повышены, в сравнении с рефлексами с рук. Ахилловы отсутствуют (пресбиостазис).

Имеющиеся на момент обращения жалобы и симптомы впервые стал отмечать три года назад - в 2023 году, постепенно их проявления усилились и участились до ежедневных и регулярных, присоединилась тревожность и бессонница. Эти симптомы ни с чем связать не мог, подумал, что развивается какое-то неврологическое заболевание и по настоянию супруги записался к неврологу. ЧМТ, нейроинфекции, в том числе, клещевой энцефалит, боррелиоз, COVID-19, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания у себя отрицал. При прохождении диспансеризации АД (артериальное давление) было не выше 130/85 мм рт. ст., анализы, флюорография грудной клетки и ЭКГ в пределах нормы. Самоконтроль АД не проводил.

Проведен MoCA тест (Приложение № 1) (от англ. Montreal Cognitive Assessment) - Монреальская шкала оценки когнитивных функций, по которому пациент набрал 24 балла, что ниже нормы, но не достигает пограничных значений и может соответствовать легкому или субъективному когнитивному снижению. Скрининг депрессии проведен по шкале PHQ-9 (Приложение № 2) с результатом в 5 баллов, что может быть проявлением не депрессии, а астении, т.к. симптомов депрессии, в том числе ангедонии, не отмечено. Тревожность оценивалась тестом GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) (Приложение № 3) результат - 12 баллов - умеренный уровень тревоги. Для оценки утомляемости применили метод Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), который состоит из 20 вопросов и 5 субшкал и оценивается суммарный балл в разрезе субшкал, а не общая сумма. В результате MFI-20 диагностированы: общая астения (13 баллов), физическая и психическая астения (по 12 и 14 баллов соответственно) и снижение мотивации (15 баллов). (Приложение № 4).

Результаты лабораторных исследований (Приложение № 5) снижение уровня витамина B1 - 2,05мкг/л и цинка 9,8 мкмоль/л. Невысокий показатель,

приближающийся к уровню недостаточности для витамина Д3 (36,8 при нижней границе нормы до 30 нг/мл).

Биохимический анализ крови (Приложение № 6) в пределах нормы.

Развернутый анализ крови (Приложение № 7) в пределах нормы.

Анализ крови на гормоны щитовидной железы и гликированный гемоглобин (Приложение № 8) в пределах нормы.

Результаты СМАД (Приложение № 9), выявившие систоло-диастолическую гипертензию и нарушение суточной вариабельности АД в виде «нон-диппер».

Холтеровское мониторирование ЭКГ (Приложение № 10) – экстрасистолия и нарушения внутрисердечной проводимости.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов (Приложение № 11) - стенозирующее атеросклеротическое поражение.

Эхокардиография (Приложение № 12) - выявлен склероз аорты, кальциноз кольца аорты, митральная и трикуспидальная недостаточность 1 ст., расширение полости левого желудочка, гипертрофия стенок левого желудочка (ЛЖ), нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу.

Консультация кардиолога (Приложение № 13) – Гипертоническая болезнь III стадии. ГЛЖ Атеросклероз БЦА, Дислипидемия II А типа (по D.Fredrickson). Транзиторная AV блокада 2 степени, 1 типа. Риск 4 (очень высокий).

МРТ головного мозга (Приложение № 14) - картина очаговых изменений в головном мозге дистрофического характера (Fazekas 1). Формирующееся «пустое» турецкое седло. Явления наружной гидроцефалии. Атрофические изменения вещества головного мозга (Koedam1, GCA 1).

Трудностей в диагностике, финансах и каких-либо культурных ограничений в процессе обследования и лечения у пациента не возникло.

С учетом жалоб и результатов клинического, инструментально-лабораторного и функционального исследований, консультации кардиолога и данных высокопольного (3Тс) МРТ головного мозга установлен неврологический диагноз: Хронической ишемии мозга на фоне гипертонической болезни и атеросклероза с субъективными неамнестическими когнитивными нарушениями, с преобладанием гипопрозекии и регуляторных нарушений, астено-вегетативными и невротическими проявлениями: хронической инсомнией и тревогой в стадии субкомпенсации (I67.8).

Вышеперечисленными исследованиями проведена дифференциальная диагностика с метаболическими энцефалопатиями на фоне эндокринной патологии, дефицитарными состояниями по витаминам группы В, нейродегенеративными заболеваниями и очаговыми поражениями ЦНС (опухоли, хронические гематомы и др.).

Выявлены сопутствующие (они же фоновые для ХИМ) заболевания:

Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая. Целевое АД <130/80 мм рт. ст. (I13). Расширение восходящей аорты. ГЛЖ (гипертрофия левого желудочка) с ИММЛЖ (индекс массы миокарда левого желудочка) - 156 г/м². Атеросклероз БЦА, АНК (артерий нижних конечностей). (I70.9). Дислипидемия II А типа (по D.Fredrickson) (E78.0). AV блокада 1 степени Транзиторная AV блокада 2 степени, 1 типа. Риск 4 (очень высокий). (I44.1).

Учитывая достаточно своевременное обращение, выявление и лечение (контроль) сердечно-сосудистых заболеваний, как факторов риска сердечно-

сосудистых событий (ОНМК, ОКС) и прогрессирования ХИМ, имеет относительно благоприятный прогноз в части стабилизации когнитивных, двигательных нарушений, нервно-психических функций, регрессе инсомнии и утомляемости. Соматическое здоровье пациента благополучно: отсутствуют онкологические, ревматические и эндокринные заболевания, патология ЖКТ и ОГК, ведет здоровый образ жизни, достаточную двигательную активность, экологичные хобби, не имеет вредных привычек.

По желанию пациента, терапия, назначенная неврологом, включала применение гомеопатических препаратов, т.к. пациент считает их наиболее безопасными и ранее имел положительный опыт применения препаратов производства компании «Хеель». Разъяснена необходимость постоянного применения терапии, назначенная кардиологом: ацетилсалициловая кислота, фиксированная комбинация ибесартана и амлодипина, розувостатин, т.к. имеющиеся жалобы являются следствием длительно существующих и неконтролируемых гипертонии и атеросклероза. Запланирован курс нейротропной терапии и даны рекомендации по дозированной кардионагрузке и когнитивному тренингу используя ресурсы memini.ru, придерживаться DASH диеты, системы питания предназначенной для повседневного применения в течение длительного времени с целью профилактики гипертонической болезни и других сопутствующих заболеваний.

Поскольку ключевым нейромедиатором в нервной системе, обеспечивающим память, внимание, обучение и даже настроение является ацетилхолин, то пациенту был предложен препарат холина альфосцерат оригинального производства с торговым названием «Глиатиллин», обладающим лучшей проницаемостью через ГЭБ, в сравнении с дженерическими аналогами и являющийся одновременно донатором холина (участвует в биосинтезе ацетилхолина) и глицерофосфата - предшественника фосфолипидов (фосфатидилхолина), т.е. стабилизатора мембран нейронов и их митохондрий. Режим приема препарата Глиатиллин - внутрь до еды 1 капсула 400 мг x 3 раза в сутки - в течение 3-х месяцев. Для коррекции недостаточности цинка, вит В1, пограничного с недостаточностью уровня витамина Д3 и с антиоксидантной целью назначены в терапевтических по инструкции дозировках: Селцинк плюс, Мильгамма инъекционно по 2,0 мл в/м ежедневно - 10 дней, с переходом на прием внутрь Мильгамма композитум по 1 т x 3 раза в течение месяца, Солигамма 10.000 МЕ по 1 т x 1 раз утром - в течение 2-х месяцев.

Проведен интенсивный курс биологической терапии препаратами Хеель в нижеследующем перечне и режимах:

Гомеопатический препарат с нейропротекторным, регенеративным и иммуностимулирующим действием **Церебрум композитум** 2,2 мл в/м через день № 15 введений на курс.

Гомеопатический препарат, улучшающий кровообращение головного мозга, **Плацента композитум** 2,2 мл в/м через день № 15 введений на курс.

Одновременно применялись препараты, нормализующие обмен веществ в тканях: **Коэнзим композитум** 2,2 мл в/м через день, так же чередующийся с препаратом для лечения хронических дегенеративных заболеваний, интоксикационного синдрома - **Убихинон** 2,2 мл через день, под 10 введений каждого препарата на данный курс лечения.

В таблетированной форме за 30 мин до приема пищи 3 раза в день сублингвально для рассасывания пациент получал препараты: Ньюрексан® и Траумель С – в течение месяца.

Клиническая эффективность препарата Ньюрексан® подтверждается научными исследованиями и более чем 15-летним опытом применения по всему миру. В России препарат Ньюрексан® зарегистрирован с 2021 г. Это тщательно разработанный, стабильно производимый и прошедший клинические исследования пероральный гомеопатический лекарственный препарат, показанный для лечения тревожных состояний и нарушений сна. Благодаря тому, что в состав препарата Ньюрексан® входит комбинация из четырех натуральных ингредиентов: экстракты растений (овес обыкновенный, страстоцвет пурпурный, кофейное дерево) и минеральная соль (валерианат цинка) - ему свойственно многоцелевое действие. Ньюрексан® снижает активность лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК): префронтальной коры и миндалины, реализуя тем самым противотревожное (анксиолитическое) действие и ускоряет засыпание, улучшает качество и продолжительность сна.

Основанием для применения препарата Траумель С как патогенетического средства, при известном латентном асептическом воспалении при атеросклерозе сосудов и при любых ишемических состояниях. Предполагалось положительное действие Траумель С через нормализацию аутоиммунных процессов посредством регуляции выделения в очаге воспаления про- и противовоспалительных цитокинов.

Субъективная переносимость аллопатической и биологической терапии в вышеуказанных дозировках, режимах и способах введения, была удовлетворительная, нежелательных явлений и/или отрицательных побочных эффектов не отмечалась. Отмены каких-либо лекарственных средств, включая биологические препараты, не потребовалось. Пациенту при первом обращении были запланированы повторные осмотры: через месяц от начала терапии и через 2 месяца для контроля эффективности, лечения его переносимости и приверженности к терапии. Вместе с тем, пациент был предупрежден, что если будут тягостные побочные эффекты, ухудшение, аллергия или другие неприятные явления на фоне лечения, то может обратиться раньше запланированных сроков, чего не произошло, что подтверждает хорошую переносимость и достаточную эффективность применяемых средств.

На фоне назначенной комплексной терапии (лечение кардиолога и невролога было назначено впервые и практически одновременно), при оценке пациента через месяц (промежуточный контрольный визит) от первого обращения (как и было запланировано), больной отмечал субъективное улучшение в части настроения и энергии, стал более спокойным, «голова ясная, не такая тяжелая как раньше», стал лучше засыпать и ночные пробуждения стали гораздо реже: не более 1 раза в неделю.

В динамике по тестам: MoCA-тест Монреальская шкала оценки когнитивных функций, пациент набрал 26 баллов, что соответствует норме, шкала депрессии PHQ-9 в результат 3 балла. Тест GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) - для оценки уровня тревожности и скрининга генерализованного тревожного расстройства (ГТР) - результат 6 баллов легкая тревожность.

Экспресс-диагностика астенического состояния с помощью субъективных валидным тестом MFI-20. С помощью данного инструмента диагностированы: общая астения (10 баллов), физическая и психическая астения (по 8 и 10 баллов соответственно) и снижение мотивации (12 баллов).

Третий визит и динамический осмотр через 2 месяца от начала терапии (результативная оценка) показал полный регресс первичных жалоб, «отличное настроение и работоспособность», хороший сон без ночных пробуждений, улучшилась память: пациент назвал все принимаемые медикаменты и их дозировки. В разрезе шкал и тестов мы увидели, что: MoCA-тест Монреальская шкала оценки когнитивных функций, пациент получил 27 баллов (как и на визите 2 - через месяц от начала терапии, что соответствует норме) (Приложение № 15), скрининг депрессии PHQ-9 в 1 балл (норма) (Приложение № 16). Тест GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) - скрининг тревоги - результат 3 балла - норма. (Приложение № 17).

Методом тестирования по опроснику астении MFI-20 спустя 2 месяца лечения были получены следующие результаты: общая астения (8 баллов), физическая и психическая астения (по 8 и 8 баллов соответственно) и снижение мотивации (10 баллов), что соответствует норме и не позволяет выставлять диагноз астении. (Приложение № 18).

Проведено СМАД повторно - нормальная вариабельность АД, достигнуты целевые цифры (Приложение № 19).

Пациент доверял врачам: кардиологу и неврологу, т.к. обратился по рекомендациям, прилежно выполнял все рекомендации по лечению и когнитивному тренингу, инъекционным препаратам отдавал предпочтение, был в целом удовлетворен всеми аспектами терапии и проведенными обследованиями. Нежелательных явлений и повода для отмены терапии не возникло

Нежелательных явлений и повода для отмены терапии не возникло.

К преимуществам терапевтического подхода описанных в предложенном клиническом случае можно рассматривать следующие:

Биопсихосоциодуховный терапевтический подход, т.е. оценка не только биомедицинских параметров, но и когнитивно-ментального состояния, социально-семейного и финансового статуса пациента, его хобби, увлечений, привычного образа жизни и реабилитационного когнитивного потенциала.

Комплексный диагностический подход: консультация кардиолога и полное функциональное, лабораторное обследование и оценка состояния заинтересованных структур -проведение МРТ головного мозга, позволившее установить точные клинические диагнозы хронической ишемии головного мозга и фоновые заболевания: гипертоническую болезнь и атеросклероз, исключив нейродегенеративное заболевание головного мозга, так же проявляющееся нейропсихиатрическими синдромами.

Сочетанное применение лекарственного аллопатического препарата, положительно влияющего на функции памяти, внимания и на настроение (холина альфосцерат) с биологическими препаратами (траумель, церебрум композитум и др.), которым на данном этапе медицины не присвоен высокий уровень доказательности (А), ввиду отсутствия РКИ, но они демонстрируют высокий терапевтический положительный эффект и благоприятную переносимость, что делает этот опыт, безусловно, положительным, побуждая организацию хорошо спланированных клинических исследований и тиражирование данного опыта коллегами в их повседневной практике.

Успешная комбинация лекарственного лечения с когнитивным тренингом и двигательной активностью.

Хронические цереброваскулярные заболевания представляют собой самую распространенную неврологическую патологию среди взрослых пациентов [11,20].

Так как в основе ХИМ лежит патология сосудов небольшого калибра, ее важнейшими этиологическими факторами являются классические виды микроангиопатии, такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет и их сочетание [12,13].

Ядром клинических проявлений ХИМ являются когнитивные, психические и двигательные расстройства. В виду изменения объективной критики пациентов и недостаточной информированности о когнитивных нарушениях, самими пациентами данные симптомы часто расцениваются как возрастная норма и не побуждают их к обращению за помощью к специалистам, оставляя период максимально эффективного воздействия на ранних стадиях без внимания и тактики, а так же не выявляя своевременно фоновые сердечно-сосудистые заболевания, что повышает риски сердечно-сосудистых фатальных или инвалидизирующих событий [19]. Все эти обстоятельства, подчеркивают важность скрининга когнитивных и аффективных нарушений, оценку сна и утомляемости, рутинными эргономичными и валидными шкалами и тестами. Не менее значимым является применение национальных клинических рекомендаций, основанных на РКИ, от этапа диагностики, включающую исключение других причин когнитивных нарушений: дефицит витамина В12, нормотензивной гидроцефалии, нейроинфекций, эндокринных заболеваний (сахарный диабет и гипотиреоз) и нейродегенерации, переходя к персонифицированному этапу лечения, в зависимости от патогенеза когнитивных нарушений: болезнь малых сосудов (микроангиопатия) и нейродегенерации имеют акцентные отличия в базисной терапии [14,15,18]

При соблюдении принципов качества работы и, безусловно в интересах пациента, необходимо выполнять обследование и лечение, согласно клиническим рекомендациям. Российские врачи могут использовать международные руководства (гайд лайны) для расширения знаний и в сложных случаях. Национальные клинические рекомендации и зарубежные гайдлайны дополняют друг друга. Особенность многокомпонентных препаратов компании «Хеель» в том, что они зарегистрированы МЗ РФ как лекарственные средства и имеют инструкцию с прописанными показаниями и противопоказаниями, то есть их назначение осуществляется на основе анатомо-клинического диагноза в соответствии с принятыми стандартами [6]. Терапия *ex juvantibus* (от латинского — «из того, что помогает») - пробное лечение, может использоваться в медицине для диагностики или лечения не теряет своей актуальности до настоящего времени. Также как и лечение Off-label (от off - за пределами, label - этикетка, инструкция) - использование лекарственных средств по показаниям, не утверждённым государственными регулирующими органами, не упомянутым в инструкции по применению, является первым шагом к доказательной базе для лекарственных препаратов, расширению показаний и дополнению инструкций [16,17,18].

Очевидный вывод, извлечённые из этого клинического случая, что мозг - основной орган-мишень при сердечно-сосудистых заболеваниях и клинические проявления хронической ишемии мозга (ХИМ): когнитивные нарушения, инсомния, астения и тревога – являются «немой эпидемией» отчётливого общемирового тренда старения населения. Отсутствие своевременной диагностики и эффективного

методичного лечения на ранних стадиях хронической ишемии может стать причиной драматического манифеста ХИМ инвалидизирующей деменцией, усугубляя медицинское и социально-экономическое бремя семей и целых государств. На ранних стадиях клинические проявления ХИМ являются потенциально обратимыми при незначительных затратах и препараты биорегуляционной медицины, имеющие соответствующие показания демонстрируют высокую эффективность и благоприятную переносимость, их механизм действия при ишемии и гипоксии является патогенетическим, а инъекционный способ введения некоторых из них предпочтителен в менталитете лиц пожилого возраста в Российской популяции. И каждый врач в своей практике имеет право использовать свой успешный опыт и полученные знания во благо пациента, опираясь на холистические принципы в медицине.

Пациент поделился своим мнением о проведенном лечении: на фоне терапии улучшилось внимание, память и сон пациента, полностью регрессировала психофизическая утомляемость и раздражительность, нормализовалось артериальное давление при самоконтроле и по результатам СМАД. Пациент чувствует бодрость и силы, у него есть жизненные и трудовые планы в рамках семьи, планирует заниматься своими любимыми хобби: садоводством, охотой и рыбалкой, продолжать когнитивный тренинг и ходьбу.

Пациент подписал информированное согласие.

Литература:

1. Клинические шкалы в неврологии [Текст] / О. С. Левин, Е. Е. Васенина, О.А. Ганькина, А.Ш. Чимагомедова. - Москва: МЕДпресс-информ, 2019. - 191, [1] с.: ил., табл.; 17 см.; ISBN 978-5-00030-641-3
2. Золотарева, А.А. (2023). Диагностика депрессии: психометрическая оценка русскоязычной версии опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9). Клиническая и специальная психология, 12(4), 107–121. <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120406>
3. Васенина Е.Е., Ганькина О.А., Левин О.С. Стресс, астения и когнитивные расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(5):23-29.
4. Захаров В.В., Слепцова К.Б., Мартынова О.О. Хроническая ишемия мозга: взгляд из XXI века. РМЖ. 2021; 5: 45-49.
5. Яхно Н.Н. Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. М: МЕДпресс-информ 2012; 160. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;113(4):95-95.
6. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Бакотина А.В., Васильев М.М. Место биорегуляционных препаратов в алгоритме лечения постковидного синдрома. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (4): 40–46.
7. Общая терапия. Справочник по препаратам фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ». 2006–2007 гг.
8. Кукес И.В., Лим В.Г., Иванцов К.А., Соловьева Э.Ю., Соколова Л.П., Гильмутдинова И.Р., Глаговский П.Б., Птицын М.С. Возможности

персонализированной фармакотерапии и медицинской реабилитации пациентов с long COVID с позиции клинической метаболомики. Медицинский Совет. 2023; (6): 57-64.

9. Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Журавлева М.В., Зоткин Е.Г. От эмпирических результатов клинической эффективности к доказательствам противовоспалительного действия Траумель® С in vitro и in vivo // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 6. С. 16–20.

10. Ермоленко Н.А., Быкова В.А., Ульянова О.В., Трибунцева Л.В., Трошина О.В. Применение препарата Ньюрексан® в лечении тревожных расстройств у мультиморбидных пациентов. Резолюция Совета экспертов (27 октября 2023 г.). Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (10): 65–70. doi: 10.47407/kr2023.4.10.00343

11. Захаров В.В., Слепцова К.Б., Мартынова О.О. Хроническая ишемия мозга: взгляд из XXI века. РМЖ. 2021; 5: 45-49.

12. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике / О. С. Левин. - 2-е изд. - Москва: МЕДпресс-информ, 2021. - 447 с.: ил., табл.; 22 см.; ISBN 978-5-00030-847-9

13. Кулеш А.А., Дробаха В.Е., Шестаков В.В. Церебральная болезнь мелких сосудов: классификация, клинические проявления, диагностика и особенности лечения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11 (Прил. 3): 4–17.

14. Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. Lancet Neurol. 2010; 9(7):689-701. doi: 10.1016/S1474-4422 (10)70104-6

15. Ter Telgte A, van Leijsen EMC, Wiegertjes K, et al. Cerebral small vessel disease: from a focal to a global perspective. Nat Rev Neurol. 2018;14(7): 387-98. doi: 10.1038/s41582-018-0014-y

16. Extending Homeopathy's Reach. Homeopathy. 2019 Feb;108 (1):1. doi: 10.1055/s-0038-1676960. Epub 2019 Feb 8. PMID: 30736090

17. Homeopathy as Boundary Object and Distributed Therapeutic Agency. A Discussion on the Homeopathic Placebo Response. Rughiniş C, Ciocănel A, Vasile S. Am J Ther. 2018 Jul/Aug;25(4): e447-e452. PMID: 28984633 Review.

18. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста Клинические рекомендации, 2020, cr.minzdrav.gov.ru

19. Латышева, Нина Владимировна. Антидепрессанты в общей клинической практике / Нина Владимировна Латышева. - Москва: Издательство МАИ, 2025. - 195 с.: ил., табл.: 21 см.; ISBN 978-5-4316-1204-6.

20. Боголепова А.Н., Бурд С.Г., Фрис Я.Е. Возможности использования комбинированной терапии у больных с хронической ишемией мозга. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 018;118 (8): 33-37.

1

МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ¹

Имя: _____ Пол: м ДАТА: 2025
 Дата рождения: _____ Образование: исследователь

ЗРИТЕЛЬНО-КОНСТРУКТИВНЫЕ/ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАВЫКИ							БАЛЛЫ		
	Скопируйте куб		Нарисуйте ЧАСЫ (десять минут двенадцатого) (3 балла)			5/15			
			Контур	Цифры	Стрелки				
НАЗЫВАНИЕ									
							3/13		
ПАМЯТЬ	Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.		Попытка 1	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	нет баллов
			Попытка 2						
ВНИМАНИЕ	Прочтите список цифр (1 цифра/сек)		Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. 2 1 8 5 4					7/12	
			Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. 7 4 2						
	Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при >2 ошибок.		Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А					0/11	
	Серийное вычитание по 7 из 100		93	86	79	72	65	2/13	
			4-5 правильн. отв. — 3 балла; 2-3 правильн. отв.— 2 балла; 1 прав. отв.— 1 балл; 0 прав. отв. — 0 баллов.						
РЕЧЬ	Повторите: Я знаю только одно, что Иван — это тот, кто может сегодня помочь.							1/12	
			Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате.						
	Беглость речи: за 1 минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л.		N ≥ 11 слов					0/11	
АБСТРАКЦИЯ	Что общего между словами, например, банан—яблоко = фрукты		Поезд — велосипед Часы — линейка					2/2	
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ	Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	4/5
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ	Подсказка категории								
	Множественный выбор								
ОРИЕНТАЦИЯ	Дата	Месяц	Год	День недели	Место	Город	6/16		

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» 2020 (https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/617_1) дата доступа 14.07.2023.

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ

Добавить 1 балл, если образование ≤ 12
 Норма 26/30

24/30
 2025

2

Опросник для самодиагностики депрессии пациента (PHQ-9)
Для пациента

Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы?

	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
Вам не хотелось ничего делать	0	1	2	3
У вас было плохое настроение, вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
Вам было трудно заснуть, у вас был прерывистый сон, или вы слишком много спали	0	1	2	3
Вы были утомлены, или у вас было мало сил	0	1	2	3
У вас был плохой аппетит, или вы переедали	0	1	2	3
Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	0	1	2	3
Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)	0	1	2	3
Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
Вас посещали мысли о том, что вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе вред	0	1	2	3

РЕЗУЛЬТАТЫ ПО СТОЛБЦАМ: 0 — — —

Общая сумма баллов: 5

Приложение № 3.

3

1 август (2025)

Проведение скринингового опроса для определения уровня тревожности, оценки вероятности ГТР

Содержание (шаблон):

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство и раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабиться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства: "не могу найти себе место"	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Опасение чего-то страшного	0	1	2	3

Ключ (интерпретация)

12 баллов

Оценивается сумма баллов по всем 7 вопросам.

Сумма баллов*	Уровень тревожности
0 - 4	Минимальный
5 - 9	Умеренный
10 - 14	Средний
15 - 21	Высокий

Пояснения: Данный инструмент является скрининговым и требует дальнейшей клинической диагностики для установки диагноза ПР.

Приложение № 4.

4

СУБЪЕКТИВНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ АСТЕНИИ

(Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20)*

1 август 2025 г.

Оцените свое самочувствие в последнее время и обведите кружком цифру, соответствующую степени того или иного утверждения.

№	ПРЕДЛОЖЕНИЯ	ОТВЕТЫ
1	Я чувствую себя здоровым	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
2	Физически я способен на немногое	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
3	Я чувствую себя активным	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
4	Все, что я делаю, доставляет мне удовольствие	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
5	Я чувствую себя усталым	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
6	Мне кажется, я многое успеваю за день	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
7	Когда я занимаюсь чем-либо, я могу сконцентрироваться на этом	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
8	Физически я способен на многое	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
9	Я боюсь дел, которые мне необходимо сделать	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
10	Я думаю, что за день выполняю очень мало дел	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
11	Я могу хорошо концентрировать внимание	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
12	Я чувствую себя отдохнувшим	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
13	Мне требуется много усилий для концентрации внимания	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
14	Физически я чувствую себя в плохом состоянии	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
15	У меня много планов	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
16	Я быстро устаю	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
17	Я очень мало успеваю сделать	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
18	Мне кажется, что я ничего не делаю	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
19	Мои мысли легко рассеиваются	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
20	Физически я чувствую себя в прекрасном состоянии	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда

* Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res. 1995;39(3):315-25.

MFI 20, вариант 1

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Состояние оценивается по следующим субшкалам:

- Общая астения (вопросы № 1, 5, 12, 16) 13 баллов;
- Физическая (мышечная) астения (вопросы № 2, 8, 14, 20) 12 баллов;
- Пониженная активность (вопросы № 3, 6, 10, 17) 8 баллов;
- Снижение мотивации (вопросы № 4, 9, 15, 18) 15 баллов;
- Психическая (когнитивная) астения (вопросы № 7, 11, 13, 19) 14 баллов.

Минимальное значение каждой субшкалы составляет 4 балла, максимальное – 20 баллов.

Показатель для каждой из субшкал, при котором можно заподозрить астению, считается > 12 баллов.

Оценивать общий суммарный бал по всем субшкалам не рекомендуется.



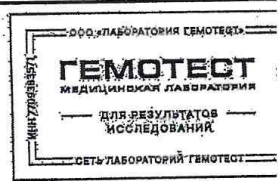
Лабораторный комплекс правообладателя ООО "ЛАБОРАТОРИЯ ГЕМОТЕСТ"
 Л041-01162-50/03/2021 от 08.12.2020
 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и ГОСТ Р ИСО 15189-2015
 ООО "ГЕМОТЕСТ КРАСНОЯРСК", лицензия Л041-01137-77/00590073 от
 01.11.2019
 8 800 550 13 13, <https://gemotest.ru>

№ заказа	Фамилия пациента	
Дата регистрации заказа	Имя пациента	
Пол пациента	Дата рождения пациента	
Адрес пациента	№ страхового полиса	
Номер истории болезни пациента	Направляющий врач	
Адрес	ООО "ГЕМОТЕСТ КРАСНОЯРСК" 660025, Красноярский край, г.о. город Красноярск, г. Красноярск, пер. Якорный, д. 10	Отделение
		Палата
Диагноз		

Исследование	Значение	Ед. изм.	Нормальные значения
Чек-ап: Рого, витамины и минералы			
Кальций общий (кровь, фотометрия) A09.05.032 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	2.42	ммоль/л	2.2 - 2.65
Магний (кровь, фотометрия) A09.05.127 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	0.94	ммоль/л	0.66 - 0.99
Фосфор неорганический A09.05.033 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	1.09	ммоль/л	0.81 - 1.45
Цинк (кровь, фотометрия) A09.05.274 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	9.8-	мкмоль/л	10.7 - 18.5
<i>Снижение концентрации цинка в сыворотке/плазме крови может наблюдаться при приеме препаратов/пищевых добавок/витаминов, содержащих медь.</i>			
Сывороточное железо A09.05.007 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	27.2	мкмоль/л	5.8 - 34.5
<i>Концентрация железа в сыворотке/плазме крови зависит от количества железа, поступающего с пищей/пищевыми добавками/витаминами, и подв. суточных изменениям. Определение уровня сывороточного железа рекомендуется сочетать с другими показателями, отражающими его обмен в организме, такими, как Общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин, трансферрин.</i>			
Фолаты (фолиевая кислота) A09.05.080 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	9.7	нг/мл	3.0 - 17.0
Витамин В12 (цианокобаламин) A12.06.060 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	438	пг/мл	191 - 663
Витамин D суммарный (25-ОН D2 и D3, общий результат) A09.05.235 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 23.11.2025;</i>	36.8	нг/мл	4.9 - 55.8* (См. текст)
<i>Биологические референсные интервалы: 4,9-55,8 нг/мл. В соответствии с клиническими рекомендациями, принятыми Российской ассоциацией эндокринологов, 2016 г.: < 10,0 нг/мл - Выраженный дефицит витамина D; < 20,0 нг/мл - Дефицит витамина D; 20,0 - < 30,0 нг/мл - Недостаточность витамина D; => 30,0 нг/мл - Адекватный уровень витамина D; 30-100 нг/мл - Рекомендованный референсный интервал витамина D; > 150,0 нг/мл - Уровни с возможным проявлением токсичности витамина D.</i>			
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ			
Минеральный обмен			
Натрий (Na+) A09.05.030 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 21.11.2025;</i>	139.4	ммоль/л	136 - 146
Калий (K+) A09.05.031 (Приказ МЗ РФ № 804н) <i>Дата исследования: 21.11.2025;</i>	4.4	ммоль/л	3.5 - 5.1
Витамины			
Витамин В1 (тиамин) <i>Дата исследования: 26.11.2025;</i>	2.05--	мкг/л	2.1 - 4.3

Заведующий лабораторией _____

Результат лабораторных исследований не является единственным методом для постановки диагноза. За интерпретацией результатов Вы можете обратиться к врачу-консультанту нашего контакт-центра. Получая данный результат анализа, пациент подтверждает, что дал согласие на обработку своих ПДн 21.11.2025





Лабораторный комплекс правообладателя ООО "ЛАБОРАТОРИЯ ГЕМОТЕСТ"
 Л041-01182-50/00369531 от 08.12.2020
 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и ГОСТ Р ИСО 15189-2015
 ООО "ГЕМОТЕСТ КРАСНОЯРСК", лицензия Л041-01137-77/00580073 от
 01.11.2019
 8 800 550 13 13, <https://gemotest.ru>

№ заказа	Фамилия пациента
Дата регистрации заказа	Имя пациента
Пол пациента	Дата рождения пациента
Адрес пациента	№ страхового полиса
Номер истории болезни пациента	Направляющий врач
Адрес ООО "ГЕМОТЕСТ КРАСНОЯРСК" 660025, Красноярский край, г.о. город Красноярск, г Красноярск, пер. Якорный, д. 10	Отделение
	Палата
Диагноз	

Исследование	Значение	Ед. изм.	Нормальные значения
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ			
Витамины			
Витамин В6 (пиридоксин) Дата исследования: 26.11.2025;	13.80	мкг/л	8,7 - 27,2
Кардиомаркеры			
Мозговой натрийуретический пептид (NT-proBNP) A09.05.256 (Приказ МЗ РФ № 804н) Дата исследования: 23.11.2025;	44,5	пг/мл	< 386 (Смотри тек
Согласно мнению экспертов по формированию стандартизированного отчета по результатам исследования NT-proBNP, выполненного с использованием теста Eleosus proBNP II (Roche), DOI: 10.18087/cardio.2024.8.n2720: NT-proBNP <125 - порог для исключения хронической сердечной недостаточности. NT-proBNP <300 - порог для исключения острой сердечной недостаточности. NT-proBNP <375 - порог для исключения хронической сердечной недостаточности при наличии фибрилляции или трепетания предсердий. Референсные значения приводятся с учетом возраста и пола. Интерпретацию полученных результатов проводит врач в совокупности с данными анамнеза, клиническими данными и результатами других диагностических исследований.			



Заведующий лабораторией

Результат лабораторных исследований не является единственным критерием установления диагноза.
 За интерпретацией результатов Вы можете обратиться к врачу по результатам нашего контактного центра.
 Получая данный результат анализов, пациент подтверждает, что согласен с условиями обработки своих ПДн 21.11.2025



ООО "Врачебное Дело"

Адрес: Якорный переулок 17а, Красноярск, 660025,
ИНН 2461223965 ОГРН 1132468055961,
Л041-01019-24/00291781 от 06.03.2014
Тел. 8(391)205-33-33 www.terve24.ru



Ф.И.О.

пол мужской возраст

Дата исследования 24.11.2025

Биохимический анализ крови

Показатели	Результат	Норма
Глюкоза, ммоль/л	5,25	3,3 - 6,0 ммоль/л
Билирубин общий, мкмоль/л	10,45	0 - 20,5 мкмоль/л
Билирубин прямой, мкмоль/л	3,25	0 - 5 мкмоль/л
АЛТ, ед/л	42	1 - 40 ед/л
АСТ, ед/л	30	1 - 40 ед/л
Мочевина, ммоль/л	5,7	2,5 - 8,3 ммоль/л
Креатинин, мкмоль/л	82	44 - 124 мкмоль/л
Холестерин общий, ммоль/л	5,10	3,3 - 5,0 ммоль/л
Щелочная фосфатаза, ед/л		> 18 лет муж. 40-270 ед/л, жен. 35-240 ед/л
Креатинкиназа, ед/л	445	1 - 190 ед/л
Триглицериды, ммоль/л	0,95	1,0 - 2,3 ммоль/л
СКФ, мл/мин/1,73м ²		не менее 30 мл/мин/1,73м ²
Холестерин-ЛПВП, ммоль/л	1,10	0,9 - 3,0 ммоль/л
Холестерин-ЛПНП, ммоль/л	3,57	0 - 3,4 ммоль/л
Мочевая кислота, мкмоль/л	318	140 - 420 мкмоль/л
Общий белок, г/л	71	66-88 г/л
Калий, ммоль/л	4,8	3,5 - 5,5 ммоль/л
Натрий, ммоль/л	142	135 - 145 ммоль/л
Альфа-амилаза, Е/л		менее 90 Е/л
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), Е/л		муж: менее 44 Е/л, жен: менее 30 Е/л
Лактатдегидрогеназа, ед/л	469	195-450 ед/л
С-реактивный белок (СРБ), мг/л	0,11	менее 5 мг/л
Холестерин - ЛПОНП, ммоль/л		0.16-0.95 ммоль / л
Индекс атерогенности ИА		2,2-3,5
Ревматоидный фактор		отрицательно
Кальций	2,18	2,02-2.55 ммоль/л

Комментарий:

Врач: _____

Результат анализа не является диагнозом, требуется консультация специалиста.

ООО "Центр современной кардиологии"
КДЛ

Отчет о гематологическом анализе

Дата: 21.11.2025

Возраст:

Пациент:

№	Параметр	Результат	Ед.Изм.	Метки/Диапазоны	№	Параметр	Результат	Ед.Изм.	Метки/Диапазоны
1	WBC	7,22	10 ⁹ /L	4.00-10.00	12	RBC	4,57	10 ¹² /L	4.00-5.50
2	Neu#	3,65	10 ⁹ /L	2.00-7.00	13	HGB	149	g/L	120.160
3	Lym#	2,83	10 ⁹ /L	0.80-4.00	14	HCT	42,0	%	40.0-54.0
4	Mon#	0,50	10 ⁹ /L	0.12-1.20	15	MCV	91,9	fL	80.0-100.0
5	Eos#	0,22	10 ⁹ /L	0.02-0.50	16	MCH	32,6	pg	27.0-34.0
6	Bas#	0,02	10 ⁹ /L	0.00-0.10	17	MCHC	354	g/L	320-360
7	Neu%	50,6	%	50.0-70.0	18	RDW-CV	13,0	%	11.0-16.0
8	Lym%	39,1	%	20.0-40.0	19	RDW-SD	42,1	fL	35.0-56.0
9	Mon%	6,9	%	3.0-12.0	20	PLT B	161	10 ⁹ /L	100-300
10	Eos%	3,1	%	0.5-5.0	21	MPV	9,9	fL	6.5-12.0
11	Bas%	0,3	%	0.0-1.0	22	PDW	15,7	%	9.0-17.0
					23	PCT B	0,160	%	0.108-0.282
					24	P-LCC	44	10 ⁹ /L	30-90
					25	P-LCR	27,0	%	11.0-45.0

Комментарии:

Врач:

Комментарии: СОЭ=

Результаты анализов не являются диагнозом, требуется консультация специалиста.

ООО "Врачебное Дело"

Адрес: Якорный переулок 17а, Красноярск, 660025,
ИНН 2461223965 ОГРН 1132468055961,
П041-01019-24/00291781 от 06.03.2014
Тел. 8(391)205-33-33 www.terve24.ru

TERVE[®]
сеть медицинских центров

Ф.И.О. _____
пол _____ возраст _____
Дата исследования 21.11.2025

Анализ крови на гликированный гемоглобин HbA1c

<i>Показатель</i>	<i>Результат</i>	<i>Референсные значения</i>
<i>Гликированный гемоглобин, %DCCT</i>	<i>5,6</i>	<i>4,0 - 6,2 %DCCT</i>

Врач: _____ / _____

Результат анализа не является диагнозом, требуется консультация специалиста

КДЛ ООО "Центр современной кардиологии" г. Красноярск, тел. +7 (391) 246-35-20
www.cardioagent.ru

Ф.И.О. _____ пол мужской возраст _____
Дата исследования 21.11.2025

Гормоны щитовидной железы

Показатель	Результат	Норма
T3 свободный		4,0-8,6 пмоль/л
T4 свободный	9,9	10,3-24,5 пмоль/л
ТТГ	1,7	0,3-4,0 мМЕ/л
Антитела к ТПО		до 30 МЕ/мл

Исследования выполнены на Mindray Ca-1200i

Комментарии:

Врач: _____

1 / _____

Результат анализа не является диагнозом, требуется консультация специалиста

Результаты суточного мониторирования АД

Фамилия И.О.: _____ Код: _____
 Адрес: _____ Телефон: _____
 Примечания: _____
 Возраст Пол: _____ Рост (см): _____ Длина аорты (см): _____
 Вес (кг): _____ История болезни №: _____ Отделение: _____ Палата: _____
 Монитор: #13089777 Rev. ВР2005-01.04.02.3660
 Начало 21.11.2025 (08:54) Общее время мониторирования: 24:27
 Ожидаемых измерений: 54. Успешных: 32 (59,0%). Проанализировано: 31.
 Коррекция по результатам тестовых измерений не проводилась

Дневные часы (06:00 - 22:30). Число измерений: 23

Среднее САД	159 мм рт.ст.	выше нормы (>=135)
Среднее ДАД	97 мм рт.ст.	выше нормы (>=85)
Индекс времени САД	100 %	высокая (>=30%)
Индекс времени ДАД	100 %	высокая (>=30%)
Вариаб. САД	12 мм рт.ст.	норма (<15)
Вариаб. ДАД	7 мм рт.ст.	норма (<14)

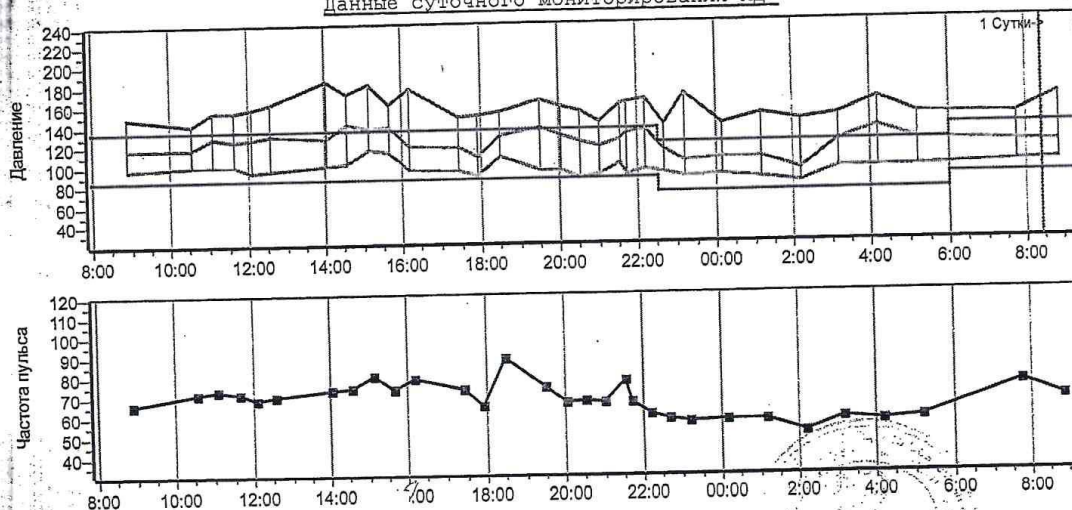
Ночные часы (22:31 - 05:59). Число измерений: 8

Среднее САД	149 мм рт.ст.	выше нормы (>=120)
Среднее ДАД	88 мм рт.ст.	выше нормы (>=70)
Индекс времени САД	100 %	высокая (>=30%)
Индекс времени ДАД	100 %	высокая (>=30%)
Вариаб. САД	11 мм рт.ст.	норма (<15)
Вариаб. ДАД	5 мм рт.ст.	норма (<12)

Среднее пульсовое АД: 61 мм рт.ст., высокая (>=53)
 Степень ночного снижения САД: 6%, нондиппер (0% ... 10%)
 Степень ночного снижения ДАД: 9%, нондиппер (0% ... 10%)

Утренний подъем по Каро: 6 мм рт.ст., норма (<37)

Данные суточного мониторирования АД



Врач-диагност: _____ Лечащий врач: _____
 Дата: " " 20__ г.

Показания для мониторингования:

Терапия:

Рука (л/п), Охват руки, Размер манжеты: Левая, , взрослая плечевая большая

Качество сна: удовлетворительное

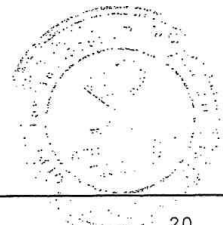
Заключение:

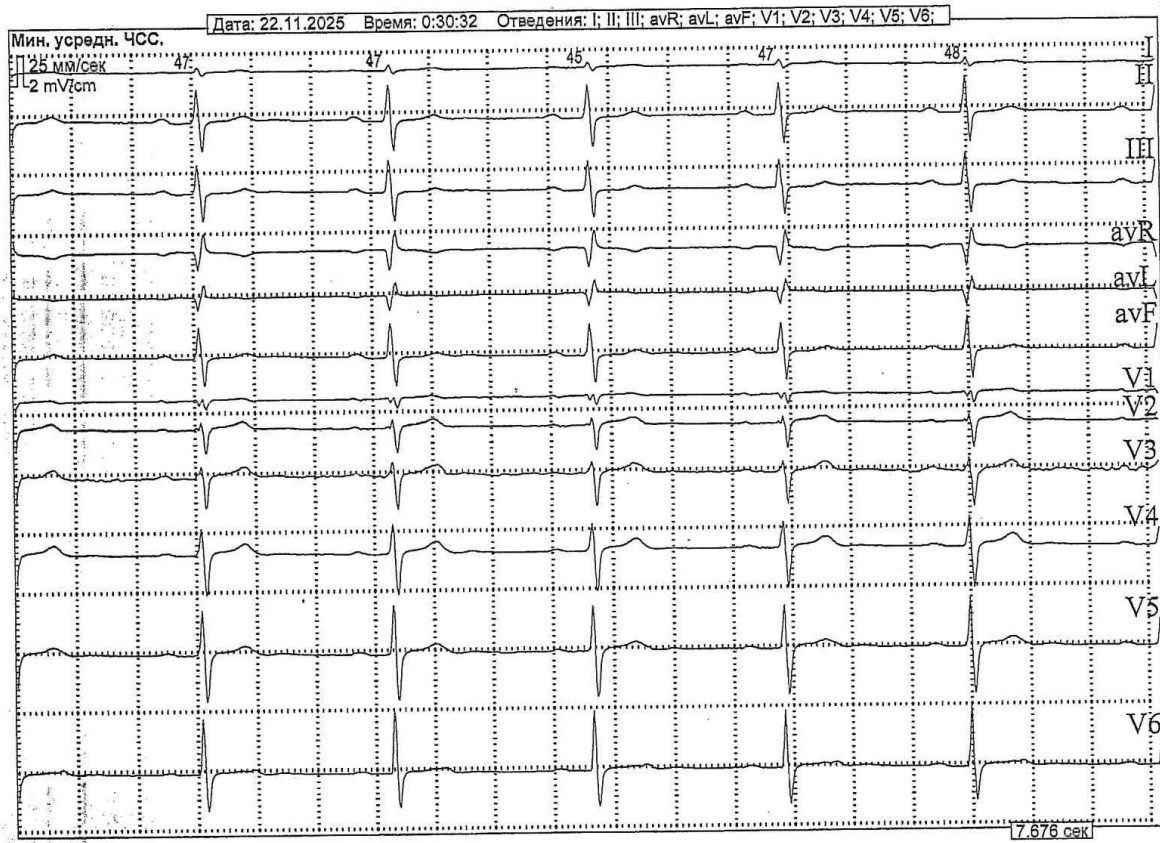
Успешных измерений - 32 (из 54), валидность 59%.
Днем - среднее АД 159/97 мм рт ст, ИВ гипертонич. - 100/100%.
Ночью - среднее АД 149/88мм рт ст, ИВ гипертонич. - 100/100%.
СИСАД: 6% "нондиппер", СИДАД 9% "нондиппер".
Вариабельность АД в норме. Величина и скорость утреннего подъема не повышена.
Среднее суточное значение пульсового АД повышено.
Систолюдиастолическая артериальная гипертензия в течение суток.

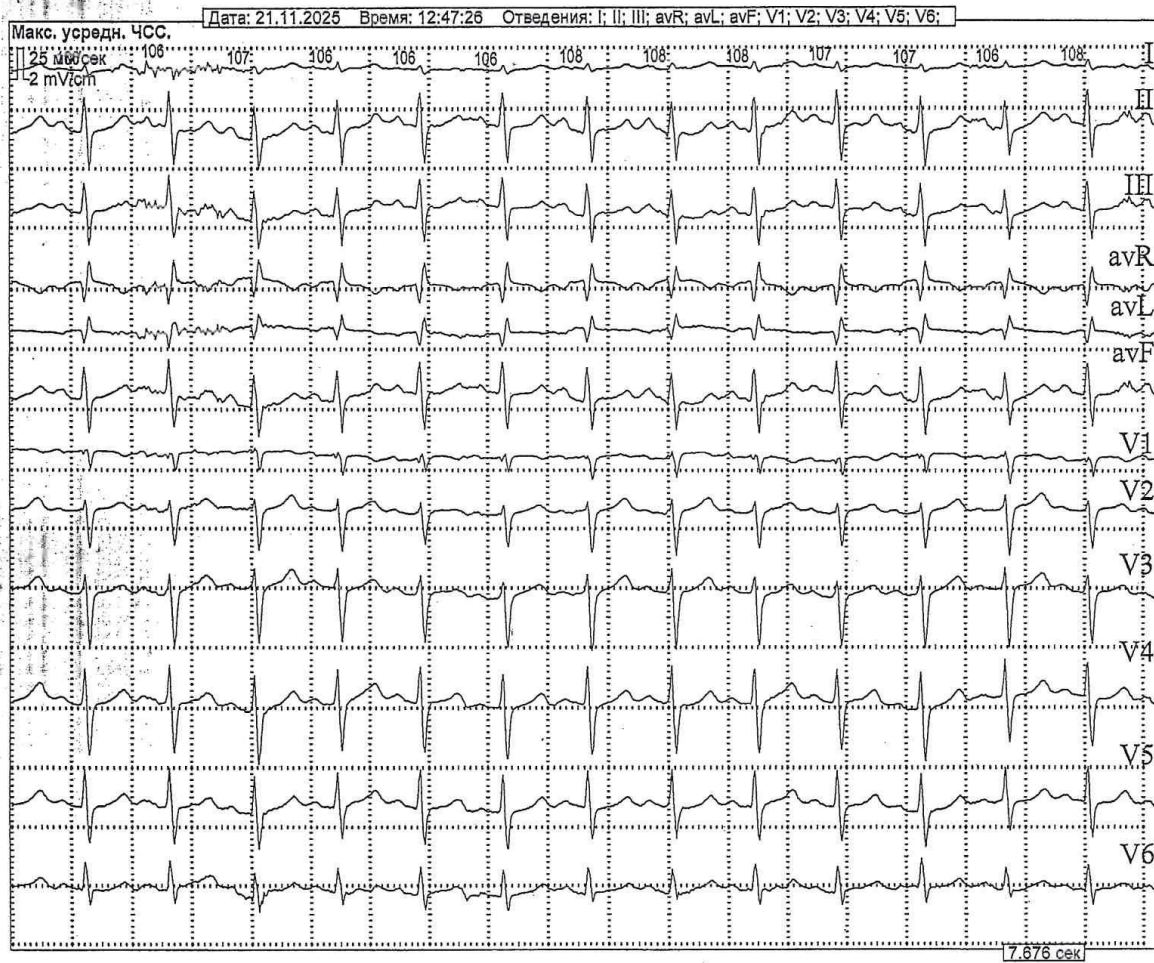
Врач-диагност: _____

Лечащий врач: _____

Дата: " " 20 г.







НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Всего выявлено **19** наджелудочковых экстрасистол (единичные, менее 0.1% от общего числа комплексов) **15** днем и **4** ночью.

Интервал сцепления от **0.34**сек. (в 11:53:20) до **0.97**сек. (в 6:15:49)

Максимальная частота экстрасистол **4 в час** с 21:00 до 22:00.

По типу:

- **Одинокных 15 (4 ночью)**, макс. количество в час - **2** с 11:00 до 12:00.
- **Пар наджелудочковых экстрасистол 2 (днем)**, макс. количество в час - **1** с 17:00 до 18:00.

	Итого	день	ночь	08:49-09:00	09:00-10:00	10:00-11:00	11:00-12:00	12:00-13:00	13:00-14:00	14:00-15:00	15:00-16:00	16:00-17:00	17:00-18:00	18:00-19:00
Отдел.	15	11	4				2	2		1				
Пары	2	2											1	
Всего	19	15	4				2	2		1			2	

	19:00-20:00	20:00-21:00	21:00-22:00	22:00-23:00	23:00-00:00	00:00-01:00	01:00-02:00	02:00-03:00	03:00-04:00	04:00-05:00	05:00-06:00	06:00-07:00	07:00-08:00	08:00-08:48
Отдел.	1		2	1					1	1	1	1		2
Пары			1											
Всего	1		4	1					1	1	1	1		2



ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Всего выявлено **1** желудочковых экстрасистол(единичные, менее 0.1% от общего числа комплексов): днем.

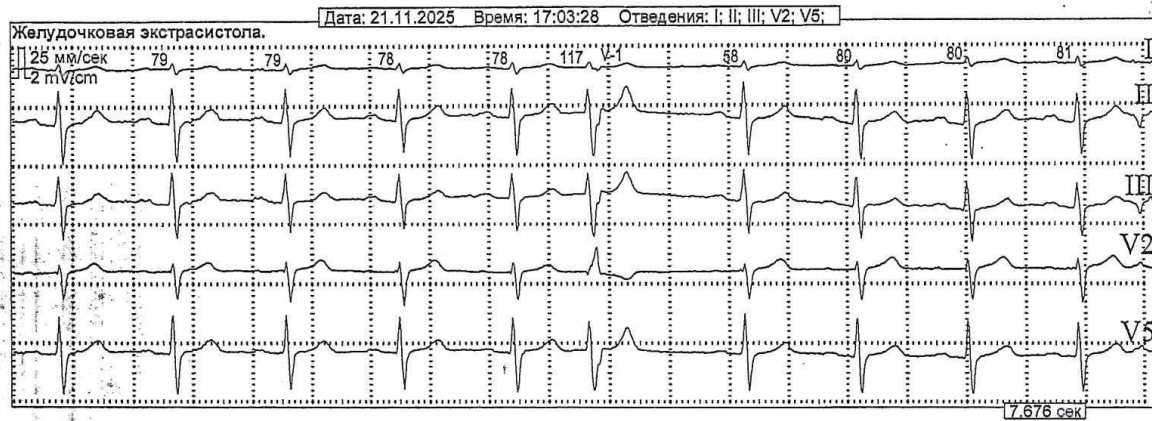
Интервал сцепления **0.51** сек. (в 17:03:28)

Из них:

- Одиночных **1** (днем).

	Итого	день	ночь	08:49-09:00	09:00-10:00	10:00-11:00	11:00-12:00	12:00-13:00	13:00-14:00	14:00-15:00	15:00-16:00	16:00-17:00	17:00-18:00	18:00-19:00
Отдельн.	1	1												
Всего	1	1												

	19:00-20:00	20:00-21:00	21:00-22:00	22:00-23:00	23:00-00:00	00:00-01:00	01:00-02:00	02:00-03:00	03:00-04:00	04:00-05:00	05:00-06:00	06:00-07:00	07:00-08:00	08:00-08:48
Отдельн.														
Всего														



ПАУЗЫ (ВЫПАДЕНИЯ QRS)

Всего выявлено **2** (ночью) блокады следующих классов:

- "AV-блокада" - **1** (ночью). С периодикой Венкебаха ,

Длительностью RR: **2.0-3.0** сек **1** (ночью);

Максимальный RR AV-блокад **2.44** сек. в 4:02:37

- блокированная наджелудочковая экстрасистола - **1** (ночью).

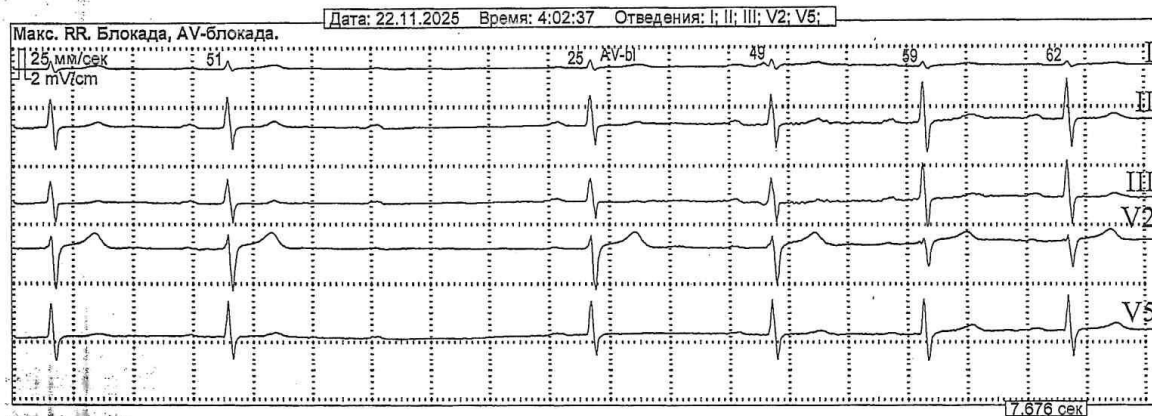
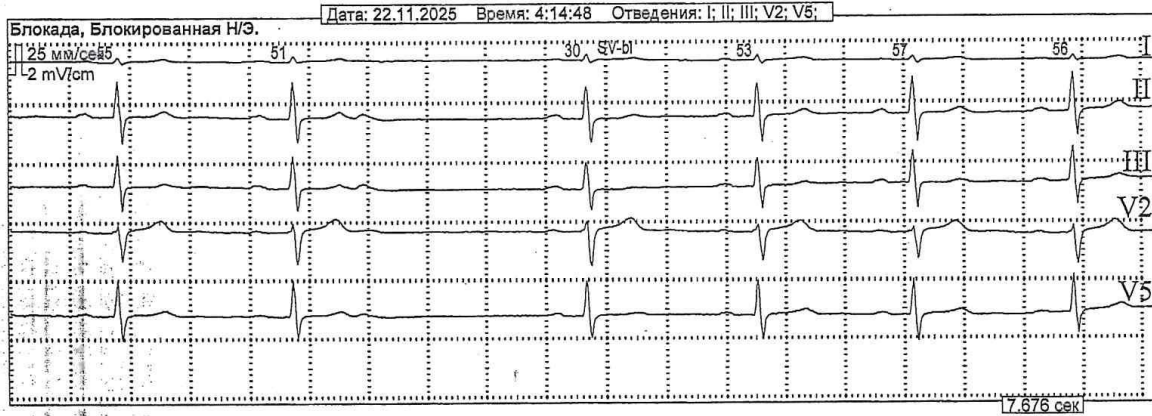
Длительностью RR: **1.8-2.0** сек **1** (ночью);

Максимальный RR блок. н/ж эк-л. **1.98** сек. в 4:14:48

Максимальный RR - AV блокада 2.44 сек. в 4:02:37

	Итого	день	ночь	08:49-09:00	09:00-10:00	10:00-11:00	11:00-12:00	12:00-13:00	13:00-14:00	14:00-15:00	15:00-16:00	16:00-17:00	17:00-18:00	18:00-19:00
AV-бл. всего:	1		1											
в т.ч. >2:0-3:0 сек:	1		1											
Блок Н/Э всего:	1		1											
в т.ч. >1:8-2:0 сек:	1		1											
Аритмий всего:	2	1	1											
в т.ч. <1:8 сек:	2	1	1											

	19:00-20:00	20:00-21:00	21:00-22:00	22:00-23:00	23:00-00:00	00:00-01:00	01:00-02:00	02:00-03:00	03:00-04:00	04:00-05:00	05:00-06:00	06:00-07:00	07:00-08:00	08:00-08:48
AV-бл. всего:														
в т.ч. >2:0-3:0 сек:														
Блок Н/Э всего:														
в т.ч. >1:8-2:0 сек:														
Аритмий всего:									1					
в т.ч. <1:8 сек:									1					



ДИНАМИКА ИНТЕРВАЛА PQ

Отмечено увеличение интервала PQ относительно порога = 0.21 сек.

Всего выявлено 117 эпизодов общей продолжительностью 18:53:20 (днём - 10:55:00, ночью - 07:58:20), макс.

продолжительность эпизодов за час **60:00** (м:с) с 20:00 до 21:00. Максимальный PQ **0.28** сек. в 4:02:31 на фоне ЧСС=41 уд/мин.

Эпизодов укорочения интервала PQ не зарегистрировано. Минимальный PQ **0.16** сек. в 9:08:02 на фоне ЧСС=98 уд/мин.

	Итого	день	ночь	08:49-09:00	09:00-10:00	10:00-11:00	11:00-12:00	12:00-13:00	13:00-14:00	14:00-15:00	15:00-16:00	16:00-17:00	17:00-18:00	18:00-19:00
Увелич. PQ	18:53:20	10:55:00	07:58:20	09:50	39:00	39:50	23:05	33:20	12:45	03:20	26:55	26:45	53:20	52:20

	19:00-20:00	20:00-21:00	21:00-22:00	22:00-23:00	23:00-00:00	00:00-01:00	01:00-02:00	02:00-03:00	03:00-04:00	04:00-05:00	05:00-06:00	06:00-07:00	07:00-08:00	08:00-08:48
Увелич. PQ	55:50	60:00	58:35	59:35	59:40	60:00	60:00	60:00	60:00	59:30	60:00	59:05	53:25	47:10

ДИНАМИКА ИНТЕРВАЛА QT

	Итого	день	ночь	08:49-09:00	09:00-10:00	10:00-11:00	11:00-12:00	12:00-13:00	13:00-14:00	14:00-15:00	15:00-16:00	16:00-17:00	17:00-18:00	18:00-19:00
QTc>0.45	00:45:30	00:39:55	00:05:35		03:35	00:30	04:35	05:35	06:05	05:05	02:05	02:20	00:50	00:55

	19:00-20:00	20:00-21:00	21:00-22:00	22:00-23:00	23:00-00:00	00:00-01:00	01:00-02:00	02:00-03:00	03:00-04:00	04:00-05:00	05:00-06:00	06:00-07:00	07:00-08:00	08:00-08:48
QTc>0.45	01:40		03:40		00:30					01:55		03:10	01:45	01:15

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА

Мониторирование ЭКГ проводилось с 21.11.2025 8:49 по 22.11.2025 8:49.

Длительность мониторирования: 24:00. Регистрировалось 12 стандартных отведений.

Синусовый ритм с ЧСС 45-108/мин. Средняя ЧСС 70/мин. ЦИ - 1,31. Вариабельность ритма резко снижена.

Выявлено:

- редкая наджелудочковая (19, 1 пара) и желудочковая (1) экстрасистолия
- 1 фрагмент блокированная наджелудочковая экстрасистола
- в течение 18:53:20 AV блокада 1 степени, максимальный PQ 0.28 сек.
- 1 фрагмент AV блокада 2 степени 1 типа, максимальный RR 2.44 сек.

Отклонения сегмента ST не зафиксированы.

Подпись врача



ООО "Врачебное Дело"

Адрес: Якорный переулок 17а, Красноярск, 660025,
ИНН 2461223965 ОГРН 1132468055961,
Л041-01019-24/00291781 от 06.03.2014
Тел. 8(391)205-33-33 www.terve24.ru



Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов

Ультразвуковой сканер: Vivid T8 линейный датчик 4-15 Мгц

ФИО:

Возраст:

Дата рождения:

Сонные артерии (ОСА, ВСА, НСА): комплекс интима-медиа утолщен. КИМ 0,9 мм
Дифференцировка нарушена Ход артерий значимо не изменен. Просвет артерий несвободный.

В устье ВСА(D) гиперэхогенная полуциркулярная АСБ стеноз 30%.
В устье ВСА(S) гиперэхогенные включения в КИМ. в проксимальной трети полуциркулярная гиперэхогенная АСБ стеноз до 30%.

Сосуды	Справа					Слева				
	Тип кровотока	D сосудов	ЛСК	R1	P1	Тип кровотока	D сосудов	ЛСК	R1	P1
ОСА	магистральный	0,64	60			магистральный	0,58	68		
ВСА	магистральный	0,42	80			магистральный	0,41	76		
НСА										

Позвоночные артерии: Лоцируются от устья до уровня С1. Ход артерий изменен. Просвет артерий свободный. Кровоток антеградный.

Правая D(см) 0,31; ЛСК V1(см/с); ЛСК V2(см/с) 45;

Левая D(см) 0,23; ЛСК V1(см/с); ЛСК V2(см/с) 30;

Подключичные артерии и ПГС: Просвет свободный. Кровоток магистрального типа. ЛСК в пределах нормы.

Внутренние яремные вены:

Правая D(см) 0,9; ЛСК (см/с);

Левая D(см) 1,0; ЛСК (см/с);

Позвоночные вены:

Правая D(см) 0,2; ЛСК (см/с);

Левая D(см) 0,2; ЛСК (см/с);

Дополнительно:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Стенозирующее атеросклеротическое поражение БЦА (гемодинамически незначимое).

Асимметрия ПА по диаметру и ЛСК с приростом справа. ПА(S) малого диаметра. Вхождение в костный канал ПА(S) на уровне С5.

ПКА без особенностей.

Поворотные пробы отрицательные.

Не является диагнозом требует интерпретации врача.

Врач: _____

Дата: 22.11.2025 12:13:24

Копию выписки на руки получил _____

ООО "Врачебное Дело"

Адрес: Якорный переулок 17а, Красноярск, 660025,
ИНН 2461223965 ОГРН 1132468055961,
Л041-01019-24/00291781 от 06.03.2014
Тел. 8(391)205-33-33 www.terve24.ru



ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

Ультразвуковой сканер: Vivid T8 микроконвексный датчик 4-12 Мгц

Дата: **22.11.2025**

Ф.И.О.

Пол

Возраст:

Дата рождения:

Вес Рост м. ППТ 2.14 м.кв.

Аорта 42 мм. ФК 20 мм. Створки три уплотнены

Открытие 20 мм. Регургитация мин

Кровоток магистральный PPGсист (мм.рт.ст.) 9,3

ВТ КЛ Ao восх. 42 Ao нисх. 20

ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ 42 мм. Размер: 42 мм. V 74 мл. ИНДЕКС ЛП 34.58

Межпредсердная перегородка: непрерывная

ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: КДР 48 мм. КСР 30 мм. КДО 128 мл.(S,S4,S2) КСО 50 мл. УО 78 мл. ЧСС 66

уд/мин. ФВ(2D) 64% FS 30%.

МАССА МИОКАРДА ЛЖ: 333.97 ИММ-ЛЖ 156.06

МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА непрерывная, движения типичные. Тд 18 Тс 21

ЗАДНЯЯ СТЕНКА ЛЖ: Тд 14 Тс 17;

МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН: ФК 36 мм. Створки уплотнены

Движения разнонаправленные, кровоток ламинарный,

PPGдиаст 4,0 мм.рт.ст. PVEIE 80 cm/s PVEIA 110 cm/s IVRT 74 ms E/A 0,75 S см.кв.

Регургитация 1 ст PPG ммHg

ТРЕХСТВОРЧАТЫЙ КЛАПАН: ФК 30 мм. Кровоток ламинарный. Створки тонкие, не изменены;

Движения разнонаправленные.

PPGдиаст мм.рт.ст. PVEIE cm/s PVEIA cm/s S см.кв. Регургитация 1 ст PPG 25 mmHg

ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ: V 49 мл.(E3) ИНДЕКС

ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК 38 мм. 2D(4 ТК) мм. QP/QS

ЛЕГОЧНЫЙ КЛАПАН: ФК 20 мм. Створки тонкие, не изменены.

Кровоток ламинарный PPGсист (мм.рт.ст.) 4,0

Давление ЛА (сист. по регургит. на ТК) 30 мм рт. ст.

Регургитация 1 ст

ПЕРИКАРД выпота нет.

Нижняя полая вена: коллабирует при дыхании

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Склероз аорты. РАСширение корня, восходящего отдела аорты (42 мм). Кальциноз

кольца АК 1 ст. Створки АК, МК уплотнены. Аортальная недостаточность минимальная в створках.

Митральная, трикуспидальная недостаточность 1 ст. Расширение полости ЛП небольшое.

Гипертрофия стенок ЛЖ с преимущественным утолщением МЖП без обструкции ВТЛЖ Нарушена

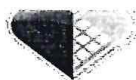
диастолическая функция ЛЖ по 1 типу.

Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная.

Не является диагнозом требует интерпретации врача.

Врач:

Дата: 22.11.2025 12:10:45



Консультация кардиолога

на первичной/повторной консультации
врача-кардиолога

24.11.2025 13:30

Жалобы на: шаткость походки, зябкость нижних конечностей.

В анамнезе: В течение многих лет артериальная гипертензия с повышением АД до 190/... мм рт.ст. регулярной лекарственной терапии не получает. В настоящее время возобнови прием Нолипрела А би-форте.
При ДС – атеросклероз БЦА, АНК. ЭХОКГ – Расширение восходящей аорты – 42 мм. ГЛЖ, сократимость не снижена.
Сопутствующие заболевания – ДГПЖ, получает доксазозин. Дополнительные СС факторы риска - табакокурение, дислипидемия. Аллергологический анамнез отягощен непереносимостью Левомецетина.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, цианоза нет, щитовидная железа не увеличена, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД – 16 /мин. в покое. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 69 /мин. АД на плечевой артерии - 137 / 85 мм.рт.ст.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая. Целевое АД < 130/80.
Расширение восходящей аорты. ГЛЖ с ИММЛЖ – 156 г/м². Атеросклероз БЦА, АНК.
Дислипидемия II А типа (по D. Fredrickson). АВ блокада 1 степени.
Транзиторная АВ блокада 2 степени, 1 типа. Риск 4 (очень высокий дополнительный).

Лечебные и профилактические рекомендации:



- Наблюдение терапевта / кардиолога.
 - **здоровое питание** с ограничением животных жиров, поваренной соли, легкоусвояемых углеводов, богатыми овощами, фруктами, злаковыми, бобовыми, морепродуктами
 - **отказ от табакокурения обязателен** (помощь в отказе от курения по круглосуточному многоканальному бесплатному телефону горячей линии 8-800-200-0-200)
 - регулярные **динамические физические нагрузки**
 - Самоконтроль АД, пульса - целевое АД - 110 - 130/ 70 - 80 мм рт.ст.
 - Прием лекарственных препаратов:
(перед началом приема лекарственных препаратов обязательно ознакомьтесь с Информационным листком-вкладышем к препарату)
 - Лекарственная терапия, рекомендованная **неврологом, урологом**
 - * выделенным шрифтом указано название лекарственного препарата по МНН (международное непатентованное название), «курсивом в кавычках» * указаны торговые (брендовые) названия препаратов.
 - **Ацетилсалициловая кислота («Кардиомагнил»®) 75 мг** 1 таб. в обед после еды,
 - **Амлодипин + ирбесартан («Апроваск»®) 5/300 мг** 1 таб. утром,
 - **Розувастатин («Крестор»® или «Роксера»® или «Розукард»®) 20 мг** 1 таб. вечером,
- **Рекомендовано провести следующие дополнительные исследования/консультации:**
- Амбулаторное суточное **мониторирование АД** через 1 месяц.
 - **Биохимический ан. крови** – АЛТ, АСТ, КФК, липидный спектр (ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП) через 1 месяц
 - **Повторный осмотр кардиолога** с результатами исследований, дневником пациента. На прием приносить все лекарства, протоколы предыдущих исследований и выписки из стационаров.

Залогом успешного лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является выполнение вышеперечисленных рекомендаций, лекарственная терапия в строгом соответствии с назначениями врача, ведение дневника пациента и регулярные визиты контроля.

(подпись и печать)

С результатами проведенных исследований, диагнозом, рекомендациями по изменению образа жизни, планом дополнительных исследований, лекарственной терапией, датой следующей консультации ознакомлен (-а).

Федеральная сеть диагностических медицинских центров МРТ Лидер
Federal network of diagnostic centers MRILIDER

МРТ
ЛИДЕР

PHILIPS 3.0T

Протокол МРТ диагностики

ФИО пациента: _____

Дата рождения: _____

Область исследования: Головной мозг по программе диагностики нейродегенеративных заболеваний

Номер исследования: _____

На серии МР томограмм взвешенных по T1 и T2 в трёх проекциях визуализированы суб- и пратенториальные структуры. Использованы последовательности: изотропная T1_3D с полученными мультипланарными реконструкциями, TSE, FLAIR, DWI, с толщиной среза 1-2 мм.

Срединные структуры не смещены.

В передних отделах фалкса парасагиттально справа отмечается липома с обызвествленными участками, размером 2,0x0,6 см.

В веществе лобных, теменных и затылочных долей субкортикально отмечаются очаги повышенного сигнала по T2, размером 0,2-0,3 см, без признаков перифокального отека, дистрофического характера.

Визуализируется изменение интенсивности МР-сигнала от паравентрикулярного белого вещества лобных и теменных долей – дистрофического характера.

При использовании DWI, зон ограничения диффузии в веществе головного мозга не выявлено.

Признаков наличия сосудистых мальформаций (телеангиоэктазий, ангиом, каверном), участков отложения железосодержащих пигментов в веществе мозга, в том числе по данным SWI, не определяется.

Отмечается асимметрия объема гиппокампов D>S (при использовании аппаратного вычисления объемов правого гиппокампа – 3,47 см³, объема левого гиппокампа – 3,34 см³, разница объемов составляет 3,92 %, архитектура их не сглажена, структурно не изменены).

Структурные единицы черной субстанции (Nigrosome-1) дифференцируются с обеих сторон.

Боковые желудочки мозга обычной конфигурации, не расширены. Супраселлярная цистерма расширена, пролабирует в полость турецкого седла, высота гипофиза 0,2 см. III-й желудочек размером 0,2 см. IV-й желудочек, остальные базальные цистерны не изменены. Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал.

Субарахноидальное пространство неравномерно расширено по конвекситальной поверхности мозга (Koeдам 1, GCA 1).

В области мостомозжечковых углов патологических изменений не выявлено.

Миндалины мозжечка располагаются на уровне большого затылочного отверстия.

Отмечаются инфильтративные изменения слизистой оболочки лобной и правой височной пазух, клеток решетчатой кости.

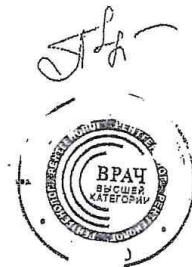


Заключение:

МР картина очаговых изменений в веществе головного мозга дистрофического характера (Fazekas 1). Формирующееся «пустое» турецкое седло. Явления наружной гидроцефалии. Атрофические изменения вещества головного мозга (Koedam 1, GCA 1). На основании МР-картины данных за нейродегенеративные заболевания в веществе головного мозга на момент исследования не выявлено. Липома в передних отделах фалькса с обызвествлением. Инфильтративные изменения слизистой оболочки лобной и правой верхнечелюстной пазух, клеток решетчатой кости

Дата исследования: 03.12.2025г.

Врач-рентгенолог:



МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ¹

Имя: _____ Пол: М ДАТА: 2022
 Дата рождения: _____ Образование: исследователь 3 среднего уровня

ЗРИТЕЛЬНО-КОНСТРУКТИВНЫЕ/ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАВЫКИ							БАЛЛЫ			
<p>Скопируйте куб</p>		<p>Нарисуйте ЧАСЫ (десять минут двадцатого) (3 балла)</p> <p>Контур Цифры Стрелки</p>			3	5	15			
<p>НАЗЫВАНИЕ</p>							3	13		
ПАМЯТЬ	Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.	Попытка 1	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	нет баллов		
ВНИМАНИЕ	Прочтите список цифр (1 цифра/сек)	Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. 2 1 8 5 4 Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. 7 4 2					2	12		
	Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при >2 ошибок.	Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А							0	11
	Серийное вычитание по 7 из 100	93	86	79	72	65	4-5 правильн. отв. — 3 балла; 2-3 правильн. отв.— 2 балла; 1 прав. отв.— 1 балл; 0 прав. отв. — 0 баллов.		2	13
РЕЧЬ	Повторите: Я знаю только одно, что Иван — это тот, кто может сегодня помочь. Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате.						2	12		
	Беглость речи: за 1 минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л.						N ≥ 11 слов	0	11	
АБСТРАКЦИЯ	Что общего между словами, например, банан—яблоко = фрукты		Поезд — велосипед		Часы — линейка			2	12	
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ	Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		5	15
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ	Подсказка категории									
	Множественный выбор									
ОРИЕНТАЦИЯ	Дата	Месяц	Год	День недели	Место	Город			6	16

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» 2020 (https://cg.minzdrav.gov.ru/schema/617_1) дата доступа 14.07.2023.

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ 27 / 30
 Добавить 1 балл, если образование ≤ 12
 Норма 26/30

16

Опросник для самодиагностики депрессии пациента (PHQ-9)
Для пациента

Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы?

	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
Вам не хотелось ничего делать	0	1	2	3
У вас было плохое настроение, вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
Вам было трудно заснуть, у вас был прерывистый сон, или вы слишком много спали	0	1	2	3
Вы были утомлены, или у вас было мало сил	0	1	2	3
У вас был плохой аппетит, или вы переедали	0	1	2	3
Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	0	1	2	3
Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)	0	1	2	3
Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
Вас посещали мысли о том, что вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе вред	0	1	2	3

РЕЗУЛЬТАТЫ ПО СТОЛБЦАМ: 0 1 — —

Общая сумма баллов: 1

Приложение № 17.

12

Визит 3

Проведение скринингового опроса для определения уровня тревожности, оценки вероятности ГТР

Содержание (шаблон):

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство и раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабиться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства: "не могу найти себе место"	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Опасение чего-то страшного	0	1	2	3

Ключ (интерпретация)

3 балла

Оценивается сумма баллов по всем 7 вопросам.

Сумма баллов	Уровень тревожности
0 - 4	Минимальный
5 - 9	Умеренный
10 - 14	Средний
15 - 21	Высокий

Пояснения: Данный инструмент является скрининговым и требует дальнейшей клинической диагностики для установки диагноза ПР.

Приложение № 18.

СУБЪЕКТИВНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ АСТЕНИИ (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20)*

Всего 3

Оцените свое самочувствие в последнее время и обведите кружком цифру, соответствующую степени того или иного утверждения.

№	ПРЕДЛОЖЕНИЯ	ОТВЕТЫ
1	Я чувствую себя здоровым	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
2	Физически я способен на немногое	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
3	Я чувствую себя активным	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
4	Все, что я делаю, доставляет мне удовольствие	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
5	Я чувствую себя усталым	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
6	Мне кажется, я многое успеваю за день	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
7	Когда я занимаюсь чем-либо, я могу сконцентрироваться на этом	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
8	Физически я способен на многое	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
9	Я боюсь дел, которые мне необходимо сделать	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
10	Я думаю, что за день выполняю очень мало дел	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
11	Я могу хорошо концентрировать внимание	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
12	Я чувствую себя отдохнувшим	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
13	Мне требуется много усилий для концентрации внимания	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
14	Физически я чувствую себя в плохом состоянии	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
15	У меня много планов	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда
16	Я быстро устаю	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
17	Я очень мало успеваю сделать	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
18	Мне кажется, что я ничего не делаю	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
19	Мои мысли легко рассеиваются	Да, это правда 5 4 3 2 1 Нет, это неправда
20	Физически я чувствую себя в прекрасном состоянии	Да, это правда 1 2 3 4 5 Нет, это неправда

* Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res. 1995;39(3):315-25.

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Состояние оценивается по следующим субшкалам:

- Общая астения (вопросы № 1, 5, 12, 16) 8 баллов;
- Физическая (мышечная) астения (вопросы № 2, 8, 14, 20) 8 баллов;
- Пониженная активность (вопросы № 3, 6, 10, 17) 4 баллов;
- Снижение мотивации (вопросы № 4, 9, 15, 18) 10 баллов;
- Психическая (когнитивная) астения (вопросы № 7, 11, 13, 19) 8 баллов.

Минимальное значение каждой субшкалы составляет 4 балла, максимальное – 20 баллов.

Показатель для каждой из субшкал, при котором можно заподозрить астению, считается > 12 баллов.

Оценивать общий суммарный бал по всем субшкалам не рекомендуется.

Приложение № 19.

Результаты суточного мониторирования АД

Фамилия И.О.: _____ Код: **01601**
 Адрес: _____ Телефон: _____
 Примечания: _____
 Возраст: _____ Пол: _____ Рост (см): _____ Длина аорты (см): _____
 Вес (кг): _____ История болезни №: _____ Отделение: _____ Палата: _____
 Монитор: #13089779 Rev.ВР2005-01.04.02.3660
 Начало **06.02.2026 (15:12)** Общее время мониторирования: **24:47**
 Ожидаемых измерений: **42**. Успешных: **42 (100,0%)**. Проанализировано: **41**.
 Коррекция по результатам тестовых измерений не проводилась

Дневные часы (07:01 - 22:53). Число измерений: 33

Среднее САД	122 мм рт.ст.	норма (91..134)
Среднее ДАД	73 мм рт.ст.	норма (61..84)
Индекс времени САД	1 %	норма (<15%)
Индекс времени ДАД	3 %	норма (<15%)
Вариаб. САД	10 мм рт.ст.	норма (<15)
Вариаб. ДАД	9 мм рт.ст.	норма (<14)

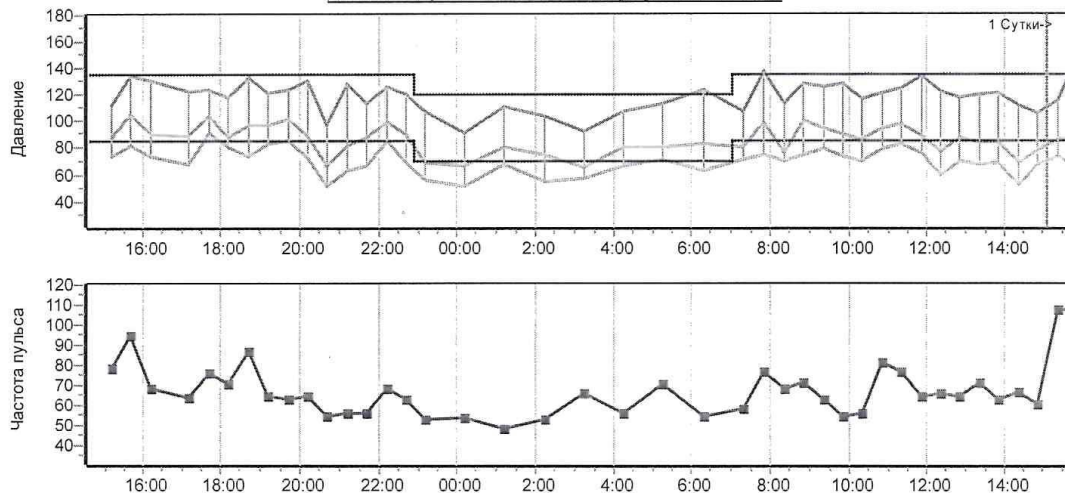
Ночные часы (22:54 - 07:00). Число измерений: 8

Среднее САД	106 мм рт.ст.	норма (86..119)
Среднее ДАД	61 мм рт.ст.	норма (49..69)
Индекс времени САД	8 %	норма (<15%)
Индекс времени ДАД	4 %	норма (<15%)
Вариаб. САД	11 мм рт.ст.	норма (<15)
Вариаб. ДАД	7 мм рт.ст.	норма (<12)

Среднее пульсовое АД: **49 мм рт.ст., возм. повышенное (46 ... 53)**
 Степень ночного снижения САД: **13%, диппер (10% ... 20%)**
 Степень ночного снижения ДАД: **16%, диппер (10% ... 20%)**

Утренний подъем по Карио: **25 мм рт.ст., норма (<37)**

Данные суточного мониторирования АД



Врач-диагност: _____ Лечащий врач: _____
 Дата: " ____ " _____ 20 ____ г.

Показания для мониторинга:

Терапия:

Рука (л/п), Охват руки, Размер манжеты: Левая, , взрослая плечевая средняяКачество сна: удовлетворительное**Заключение:**

Успешных измерений - 42 (из 42), валидность 100%.

Днем - среднее АД 124/74мм рт ст, ИВ гипертонич. - 6/7 %.

Ночью - среднее АД 106/61мм рт ст, ИВ гипертонич. - 8/4%.

СИСАД: 14% "диппер", СИДАД 17% "диппер".

Вариабельность АД в норме. Величина и скорость утреннего подъема не повышена.

Среднее суточное значение пульсового АД погранично повышено.

По средним значениям - систолидиастолическая нормотензия в течение суток.

Врач-диагност: _____

Лечащий врач: _____

Дата: "___" _____ 20__ г.