

Клинический случай в ГУЗ СО Клинико-диагностическом центре “Кардиология”

Д.П. Кузнецов*, С.В. Бердышев, Я.А. Габинский

ГУЗ СО Клинико-диагностический центр “Кардиология”. Екатеринбург, Россия

A clinical case in the Clinical and Diagnostic Centre “Cardiology”

D.P. Kuznetsov*, S.V. Berdyshev, Ya.L. Gabinsky

Clinical and Diagnostic Centre “Cardiology”. Yekaterinburg, Russia

У больного Н. 39 лет, без отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, курящего до 1 пачки сигарет в день, хорошо переносящего физические нагрузки 20.01.08 в 20:30 во время игры в хоккей впервые в жизни появились давящие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, умеренная слабость, потливость. Вернулся домой, принял валидол, корвалол, снова валидол — без эффекта. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи (СМП). При осмотре на электрокардиограмме (ЭКГ) — ритм синусовый, с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 85 уд/мин, депрессия ST в I, aVL, V₁-V₆ подъем сегмента ST в II, III, aVF, единичные желудочковые экстрасистолы (Lown II). Больному введены ненаркотические анальгетики (анальгин 4,0 + димедрол 2,0 и кетарол 30 мг). Доставлен в 22:23 в ГУЗ СО КДЦ “Кардиология”.

Объективный статус на момент поступления в приемный покой КДЦ “Кардиология”

Больной жалуется на умеренные давящие боли в области сердца (менее интенсивные) с иррадиацией в правую руку. Сознание ясное. Кожный покров физиологической окраски, бледный, нормальной гидратации, подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Тип телосложения — нормостенический. Вес — 96 кг, рост 186 см, индекс массы тела (ИМТ) — 27,7 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 15 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются, ЧСС — 85 уд/мин, артериальное давление (АД) — 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

Обезболивание наркотическими анальгетиками (фентанил 0,005 % 2,0 + дроперидол 0,25 % — 2,0).

Лабораторные показатели:

Общий анализ крови 20.01.08: лейкоциты — $14,6 \cdot 10^3$ /мкл; эритроциты — $5,29 \cdot 10^6$ /мкл; гемоглобин (Hb) — 156 г/л; гематокрит (Ht) — 46,1 %; тромбоциты — $279 \cdot 10^3$ /мкл; СОЭ — 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови 20.01.08: глюкоза — 12,0 ммоль/л; калий — 4,7 мэкв/л; натрий — 152 мэкв/л; аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 21 МЕ/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 36 МЕ/л; общий билирубин — 12,0 мкмоль/л; мочевины — 8,1 ммоль/л; общий белок — 81 г/л.

Ферменты крови 20.01.08: креатинфосфокиназа (КФК) — 151 МЕ/л; МВ фракция (МВ)-КФК — 20 МЕ/л.

Липидный спектр 20.01.08: общий холестерин (ОХС) — 5,3 ммоль/л; ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП) — 0,6 ммоль/л; триглицериды — 2,54 ммоль/л; ХС липопротеинов низкой плотности (ЛНП) — 3,46 ммоль/л; липопротеины очень низкой плотности (ЛОНП) — 1,17 ммоль/л.

Кислотно-щелочное состояние (КЩС) 20.01.08: pH — 7,34; pCO₂ — 41; избыток оснований (BE) — (-3) моль/л; буферные основания (BB) — 45 ммоль/л; стандартный бикарбонат (SB) — 22 ммоль/л.

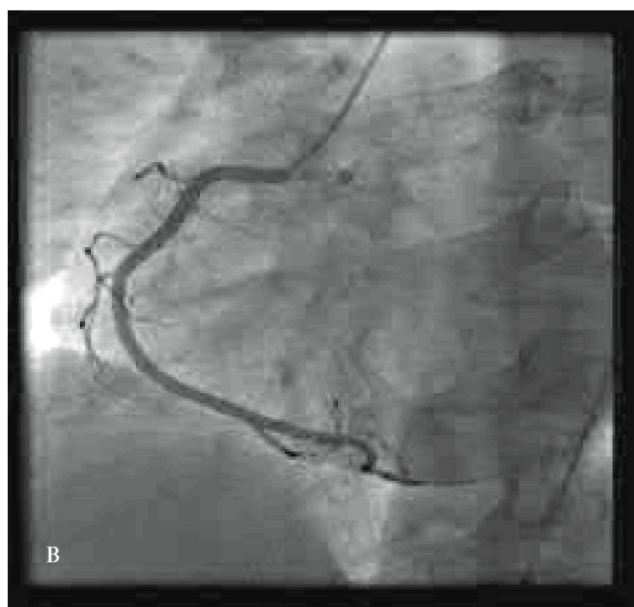
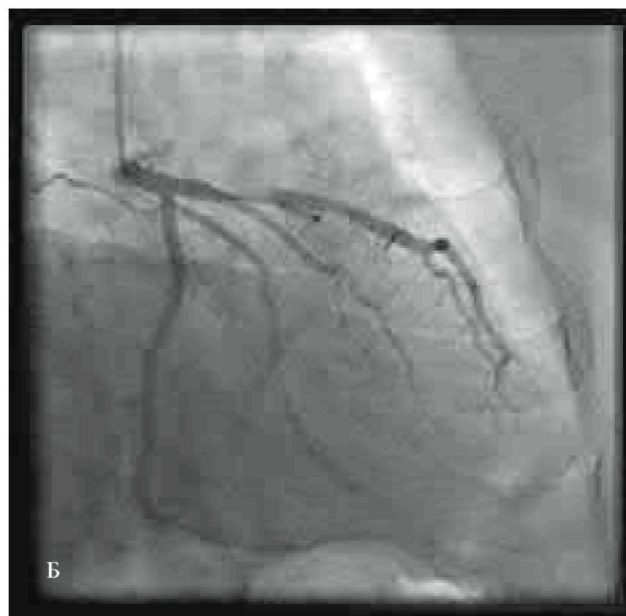
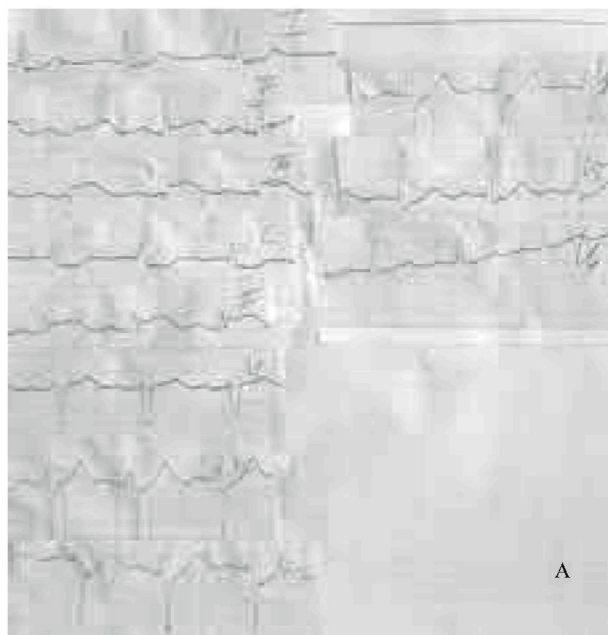
Тропонин I 20.01.08: 0,722 мкг/л.

Данные инструментальных методов исследования:

ЭКГ — ритм синусовый с ЧСС 85 уд/мин, депрессия ST в I, aVL, V₁-V₆ подъем сегмента ST в II, III, aVF, единичные желудочковые экстрасистолы (Lown II) (рисунок А).

Тактика ведения:

На основании клинической картины, динамики ЭКГ больному выставлен диагноз: ишемическая

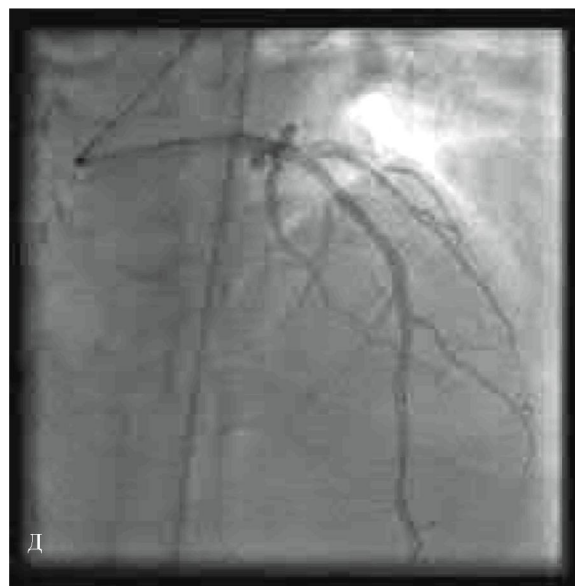


болезнь сердца (ИБС): Первичный острый инфаркт миокарда без зубца Q задней стенки левого желудочка от 20.01.08.

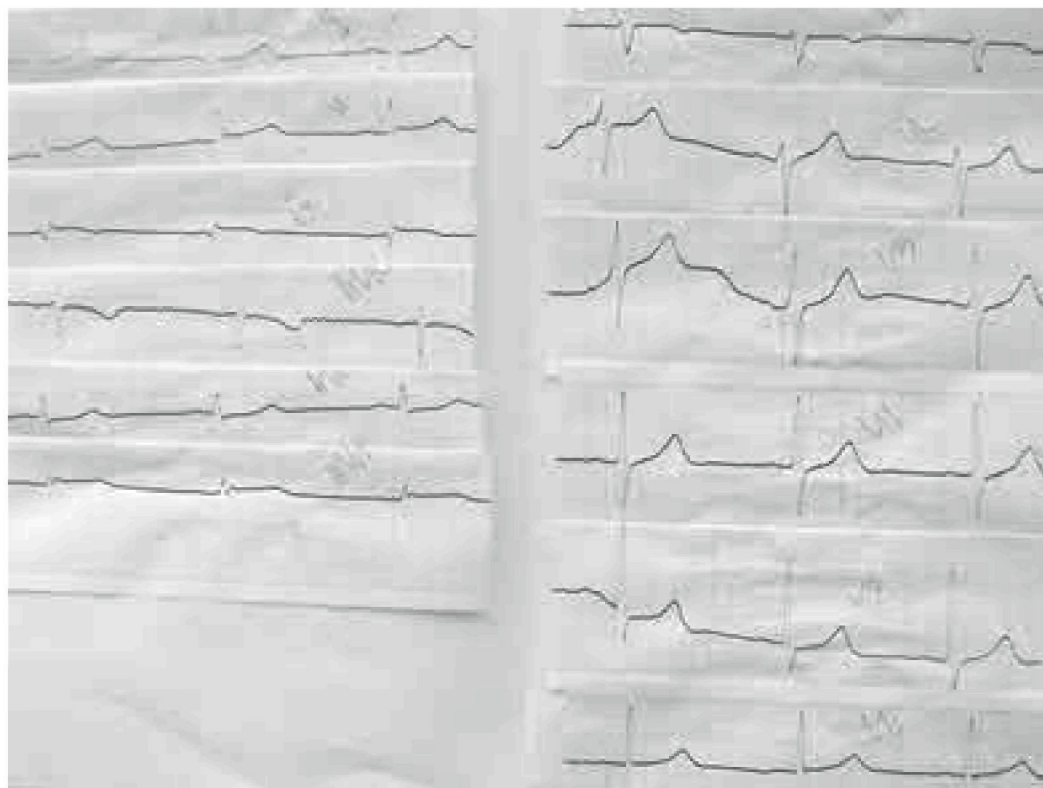
Методом реваскуляризации выбрано чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Больной подписал информированное согласие на проведение процедуры. Вызвана бригада коронароангиографической лаборатории. В 23:55 больному проведена катетеризация левой коронарной артерии (ЛКА): Ствол и огибающая артерия (ОА) не изменены. Правая нисходящая артерия (ПНА) — во втором сегменте стеноз 70 % с признаками тромбоза (рисунок Б).

Катетеризация правой коронарной артерии (ПКА) — не изменена (рисунок В).

В дистальный отдел ПНА установлено уст-



Е



ройство Angioguard. Во втором сегменте проведена ангиопластика баллоном SPRINTER 3,5/15мм (рисунок Г).

На контрольной рентгенограмме — ПНА проходима, диссекций нет, сохраняется стеноз 30 % во 2-м сегменте. Учитывая большой диаметр сосуда 4,5 мм и отсутствие видимых поражений остального коронарного русла, молодой возраст больного, от стентирования решено воздержаться (рисунок Д).

За время процедуры ангинозных приступов не было, гемодинамика стабильная, на манипуляции в ПНА ЭКГ реагировала изменениями сегмента ST (рисунок Е). В 01:00 Больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОР и ИТ). АД 125/78 мм рт.ст., ЧСС — 65 уд./мин.

ЭКГ после проведения ангиопластики (рисунок Е):

Лабораторные показатели в динамике:

Общий анализ крови 21.01.08: лейкоциты — 10,0; эритроциты — 4,8; Hb — 142; Ht — 42,4; тромбоциты — 272; СОЭ — 5.

Ферменты крови в динамике 21.01.08: КФК — 773—2200—1088; МВ-КФК — 107—175—122.

Тропонин 21.01.08: 19,5 мкг/л.

Сахар крови натощак: 6,2 ммоль/л.

Заключение коагулограммы: Агрегационная активность эритроцитов и тромбоцитов, коагуляция, фибринолиз в пределах нормы. Дезагрегации тромбоцитов на 1,25 мкМ АДФ нет.

Ультразвуковое исследование сердца:

Сегментарная сократимость не нарушена. Утолщение стенок ЛЖ. Митральная регургитация 1 ст. Увеличение полости ЛЖ.

На 3 сутки больной переведен из ОР и ИТ в реабилитационное кардиологическое отделение.

Литература

1. Гогин Е.Е., Груздев А.К., Сальникова Д.В. и др. Возможности интервенционной реперфузионной при остром коронарном синдроме. Кремль мед. Клин вестн 1999; 2.
2. Бакланов Д.В., Федоров В.В., Пристансков В.Д. Коронарная ангиопластика: риск и осложнения. Мир медицины 1998; 11—2.
3. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г., Бузиашвили Ю.И. и др. Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда — современное состояние вопроса. Москва 2006.

Поступила 05/02—2005