

Секция 9: Медицинские науки

Жангелова Шолпан Болатовна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова*

Алматы, Республика Казахстан

Туякбаева Алина Геннадьевна

заведующая кардиологическим отделением №5

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Беккулиева Сауле Асанбековна

врач-ординатор кардиологического отделения №5

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Муратова Айзада Айткуловна

врач-ординатор кардиологического отделения №5,

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Лукпанова Айгерим Куанышалиевна

врач-ординатор кардиологического отделения №5

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Кикымова Акбопе Акылбековна

врач-ординатор кардиологического отделения №5

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Цель исследования: выявление причины асимптомного течения тромбоза мезентериальных сосудов.

Материал и методы исследования: анализ истории болезни реального пациента.

Результаты и обсуждение: пациент Ш., 83 года, находился на стационарном лечении в кардиологическом отделении в течение двух суток с диагнозом: ХИБС. Перенесенный инфаркт миокарда (2011г.) Постоянная форма фибрилляции предсердий, класс тяжести по EHRA II. (CHA2DS2-VASc-5 балл, HAS-BLED-4 балл). Синдром Фредерика. Имплантация временного ЭКС. ХСН IIА (NYHA). Артериальная гипертония 3 степени, риск 4.

Конкурирующий диагноз: Острый панкреатит. Панкреонекроз. Тромбоз мезентериальных сосудов. Хронический пиелонефрит. латентное течение. ХБП 3 б. Причина смерти: ОССН.

Доставлен в клинику бригадой скорой помощи с диагнозом: ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Полная АВ блокада. ХСН IIА 3ФК (NYHA). Артериальная гипертония 3 степени, риск 4. Жалобы при поступлении: на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, продолжительностью 10-20 минут, одышку в покое, холодный пот, слабость, головокружение.

Анамнез заболевания: ИБС, нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий и АГ в течение многих лет. Инфаркт миокарда в 2011 году. Коронарография ранее не проводилась. Максимальное АД 200/100 мм.рт.ст. Базисной терапии придерживается, амбулаторно принимает непертен, тромбопол. Антикоагулянты не принимал. Ухудшение состояния с вечера, самостоятельно принял 2 таб. корадрона. Под утро-

кратковременная потеря сознания, вызвана бригада СМП и доставлен в кардиоцентр.

Объективно при поступлении: Состояние тяжелое. Сознание ясное. Питание удовлетворительное. ИМТ=22 кг/см². Кожные покровы: бледные, влажные. Периферических отеков нет. Варикозное расширение вен нижних конечностей с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. Границы сердца смещены влево на 3,5 см, тоны приглушены, ритм правильный, АД 114/78 мм.рт.ст., ЧСС 34 в мин. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из под края реберной дуги.

Результаты лабораторно-инструментальных данных: В общем анализе крови: без патологии, лейкоциты- $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ-5 мм/ч, только сдвиг влево до п/я-6%. В биохимическом анализе крови только повышение амилазы крови -1248, мочевины- 18,5 мкмоль/л, креатинина-160 мкмоль/л, высокочувствительного СРБ – 14,9 мг/л, СКФ 30 мл/мин. Липидный спектр в норме.

Коагулограмма: МНО-1,05, ККВ 43,0", ПТВ –11,7с, Фибриноген А 4,8 г/л, В-нафтоловый 1+, ТВ-50,6с., РФМК 21,0 мг/%.

Кардиомаркеры отрицательные в динамике. Общий анализ мочи в норме.

ЭКГ: Фибрилляция предсердий, ЧЖС 28 в минуту. Синдром Фредерика. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия ЛЖ. После установки временного электрокардиостимулятора на ЭКГ: ритм ЭКС с ЧСС- 60 в мин. Полная блокада ЛНПГ.

На ЭХОКГ: Электрод ЭКС в правом отделе. Дилатация обоих предсердий. Сократительная функция ЛЖ удовлетворительная (по Симпсону 50%), ПЖ в норме. Умеренная легочная гипертензия 51 мм.рт.ст. Коронарография: гемодинамически не значимые стенозы.

Рентгенограмма органов грудной клетки: Кардио-торакальный индекс - 71 %. Признаки легочной венозной гипертензии 2-1 степени. Нормоволемия. Рентген признаки двухсторонней нижне-долевой пневмонии. Тень сердца расширена в объеме и влево. Тень аорты расширена, кальциноз 3-4 степени.

В связи с наличием в анамнезе хронического холецистита с частыми обострениями пациенту назначено УЗИ ОБП, почек. УЗИ органов брюшной полости: повышенный пневматоз. Диффузные изменения паренхимы печени. Умеренная гепатомегалия. Эхо признаки хронического холецистита и хронического воспалительного процесса обеих почек. Микролитиаз.

На следующие сутки появилось напряжение мышц живота в связи с чем вызван хирург, а на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости сидя на месте в отделении реанимации - определяются единичные чаши Клойбера. Арки, свободного воздуха под куполом диафрагмы не отмечается.

Консультация хирурга - на момент осмотра данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Не исключается острый панкреатит в виду резкого повышения концентрации амилазы крови.

К концу вторых суток - состояние больного резко ухудшилось - произошла остановка сердечной деятельности по типу асистолии. Реанимационные мероприятия проводились в полном объеме в течение 30 минут – без эффекта. **При патологоанатомическом вскрытии** выявлен тромбоз мезентериальных сосудов и гангрена толстого и тонкого кишечника.

Таким образом, у пациента пожилого возраста наблюдалась **ареактивная гангрена кишечника:** в общем анализе крови не было лейкоцитоза, болевой синдром появился за несколько часов до смерти, только в биохимическом анализе крови повышение цифр амилазы, что

повлекло ошибочную диагностику острого панкреатита и хирургом не заподозрена гангрена кишечника, хотя на рентгенографии органов брюшной полости были выявлены арки и чашки Клойбера – признаки острой кишечной непроходимости.

Согласно литературным данным, как правило, при хронической форме фибрилляции предсердий у пациентов развивается тромбоз мезентериальных сосудов, который является причиной смерти у данной категории пациентов. **У лиц старших возрастных групп** клиника гангрены кишечника - стертая и **диагностируется** тромбоз мезентериальных сосудов **только при аутопсии**. Нужно всегда помнить, что отсутствие плановой адекватной антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий может закончиться формированием тромбоза мезентериальных сосудов[1, с. 15436; 2, с. 965-972; 3, с. 2893–2962; 4, с. 45-54].

Литература

1. Клинические протоколы Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК. – 2017, «Фибрилляция и трепетание предсердий» / https://diseases.medelement.com/disease/фибрилляция_–_предсердий_-2017/15436
2. Wynn GJ, Todd DM, Webber M, Bonnett L, McShane J, Kirchhof P, Gupta D. The European Heart Rhythm Association symptom classification for atrial fibrillation: validation and improvement through a simple modification. *Europace* 2014;16: P.965–972.
3. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European Heart Journal* (2016) 37, 2893–2962.

4. Whitlock R, Healey J, Vincent J, Brady K, Teoh K, Royse A, Shah P, Guo Y, Alings M, Folkeringa RJ, Paparella D, Colli A, Meyer SR, Legare JF, Lamontagne F, Reents W, Boning A, Connolly S. Rationale and design of the Left Atrial Appendage Occlusion Study (LAAOS) III. *Ann Cardiothorac Surg* 2014;3: P.45–54.