

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра профилактической и неотложной кардиологии

Клинический случай

Подготовила: студентка
6 курса 12 группы
Афонасьева Т.М.

Пациент: X

Возраст: 38 лет (17.06.1981г.)

Профессия, характер трудовой деятельности в настоящее время: не работает, инвалид с детства.

Дата поступления в стационар: 11.09.2019г.

Жалобы при поступлении: на общую слабость; слабость, онемение, ощущение неловкости в правой руке и ноге.

Заключение: атрофические изменения головного мозга. (Данных за объемное образование/кровоизлияние не выявлено)

Анамнез заболевания

Со слов пациента и его матери настоящее состояние началось остро 11.09.2019г., когда около 2-х часов ночи после пробуждения пациент отметил у себя появление слабости, неловкости и онемения правых конечностей. Вызванной бригадой СМП был доставлен в приемное отделение ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова. Осмотрен неврологом, терапевтом.

Проведена МСКТ головного мозга.

От госпитализации в 10 ОРИТ отказался (отказ подписан). Госпитализирован в 12 неврологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения.

Осмотр невролога

Неврологический статус.

Выявленные отклонения:

❖ ЧМН:

Сглажена правая носогубная складка.

Язык девирует вправо. Легкая дизартрия.

❖ Двигательная и координаторная сфера:

Правосторонний гемипарез до 4-х баллов.

Мышечный тонус не изменен, D=S.

Сухожильные и периостальные рефлексy средней живости, D>S. Координаторные пробы

слева выполняет удовлетворительно, справа- с умеренной атаксией.

❖ Чувствительная сфера:

Правосторонняя гемигипестезия.

Заключение: ОНМК в бассейне левой СМА по ишемическому типу.

Поражение в бассейне левой СМА

Топический диагноз

- ❖ Поражение кортиконуклеарного тракта (к ядрам VII и XII ЧМН) с контрлатеральной стороны(слева)- парез мышц лица и языка по центральному типу справа.
- ❖ Поражение кортикоспинального тракта с контрлатеральной стороны (слева).
- ❖ Поражение спиноталамического пути с контрлатеральной стороны (слева).

Осмотр терапевта

Объективный статус:

Состояние средней степени тяжести. Астенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы нормальной влажности.

Выраженный акроцианоз. Признаки недостаточности периферического кровообращения: ногти в виде «часовых стекол», дистальные фаланги деформированы по типу «барабанных палочек».

Периферические л/у доступные пальпации, без особенностей.

В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 96 в мин. АД- 120/80 мм.рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный, перистальтика выслушивается. Печень не пальпируется.

Периферических отеков нет. Поколачивание в обл. поясницы безболезненно.

Физиологические отправления без особенностей.

План обследования

ОАК

Исследование гормонов
щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ

Rg ОГК

ЭКГ

КТ головного мозга (выполнено)

УЗИ ОБП и почек

Морфологические
особенности форменных
элементов: МАСРО (++)

Показатель	Результат	Реф. Знач.
Лейк.	5,8	4,0-9,0 10*9/л
Эр.	7,25	4,0-5,0 10*12/л
НГВ	248	130-160 г/л
НСТ	73,3	40-48%
Тромб.	122	180-320 10*9/л
Нейтр.%	56,3	47-72%
Лимф. %	20,6	19-37%
Моноц.%	8,9	3-11%
Эо. %	0,7	0,5-5,0%
Баз.%	0	0 -1%
Нейтр.#	3,3	2,0-5,5 тыс./мкл
Лимф.#	1,2	1,2-3,0 10*9/л
Моноц.#	0,51	0,09-0,60 тыс./мкл
Эо.#	0,04	0,02-0,30 тыс./мкл
Баз.#	0	0,000-,065 тыс./мкл

При осмотре:

выраженный акроцианоз, ногти в виде «часовых стекол», дистальные фаланги в виде «барабанных палочек».

- Консультация терапевта
- Рекомендовано: ЭХО-КГ (оценить сокр. ф. миокарда, размеры камер сердца, внутрисерд. ГД, клапанный аппарат.) ХМ-ЭКГ (исключить НРС).

ОАК

Выраженный эритроцитоз.
↑HGB, ↑HCT.

- Консультация гематолога:
- Выраженный реактивный эритроцитоз на фоне ВПС. Дообследование: железо, ОЖСС, ферритин, КЩС, СРБ

Анамнез жизни:

Перенесенные заболевания.

Фоновый диагноз:

Комбинированный врожденный порок сердца: праворасположенное, правосформированное сердце с нормальным расположением внутренних органов брюшной полости. Единственный ЛЖ (трехкамерное сердце). Атрезия ЛА IV типа. Дефект МПП. ХСН 2Б, 4 ф.к. Наблюдается врачами А.Н. Бакулева. Постоянно принимает карведилол.

Две стратегические линии ведения пациента

Фоновый диагноз: Врожденный порок сердца

- ❖ Биохимический анализ крови (+железо, ферритин, ОЖСС)
- ❖ ЭКГ в 12-ти отведениях при обычном расположении электродов и при расположении электродов справа
- ❖ ЭХОКГ с доплеровским анализом
- ❖ Мониторирование ЭКГ по Холтеру
- ❖ УЗИ ОБП на свободную жидкость
- ❖ Коагулологическое исследование

Основной диагноз: Ишемический инсульт головного мозга в бассейне левой СМА от 11,09.2019г., неуточненный патогенетический вариант. (острое)

- ❖ МСКТ головного мозга (проведена при поступлении)
- ❖ УЗ-доплерография в дуплексном режиме экстракраниальных сосудов (артерий и вен)
- ❖ Транскраниальная доплерография
- ❖ МРТ головного мозга
- ❖ Ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей

Общие исследования/другие исследования

Rg ОГК: в легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено; декстракардия.

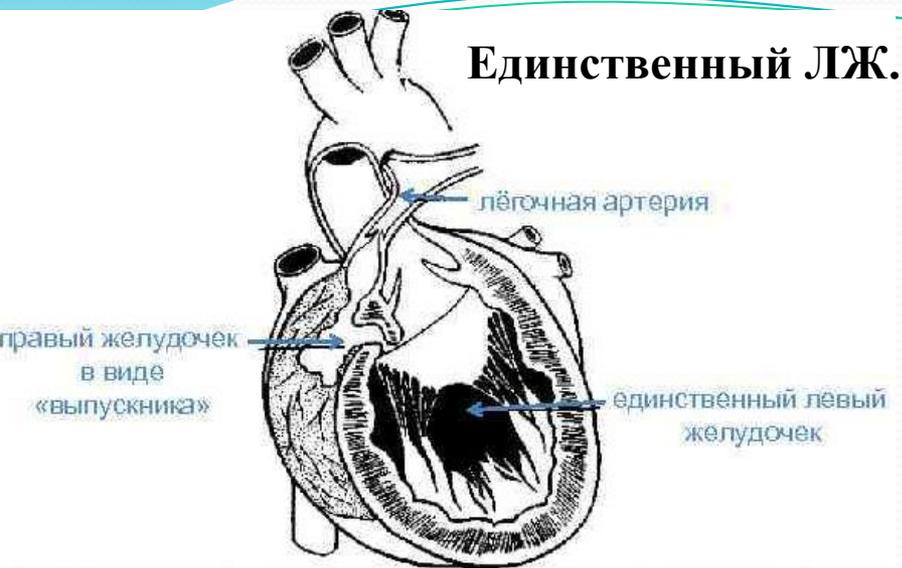
Гормоны ЩЖ: Т3, Т4, ТТГ:

УЗИ ЩЖ: левосторонний узловый эутиреоидный зоб

Результаты исследований (инсульт)

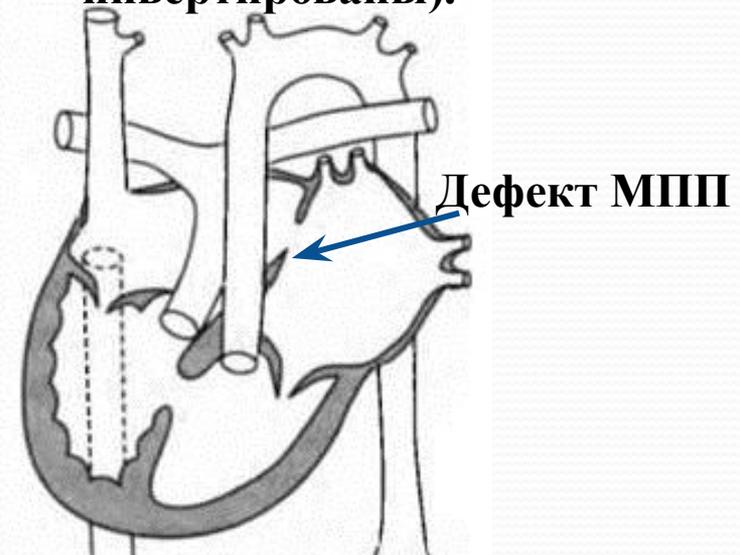
- ❖ УЗ-доплерография в дуплексном режиме экстракраниальных сосудов (артерий и вен). Заключение: гемодинамически значимые препятствия на уровне внечерепных отделов брахиоцефальных артерий не выявлены. Внутренние яремные вены не расширены, проходимы.
- ❖ Транскраниальная доплерография. Заключение: доступные исследованию ЛСК, индексы – в пределах возрастных границ.
- ❖ МРТ головного мозга.
- ❖ МР- картина немногочисленных очагов в белом веществе головного мозга, вероятно, сосудистого генеза.
- ❖ Ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей: глубокие и поверхностные вены обеих нижних конечностей апроходимы.

Модель врожденного порока сердца у пациента



Классификация порока R. Van Praagh и соавт. (1964). Тип А: **едиственный желудочек представлен миокардом ЛЖ** (толстая стенка с множеством тонких трабекул), приточный отдел ПЖ отсутствует, но имеется небольшая рудиментарная камера выводного тракта ПЖ- выпускник – сообщается с единственным желудочком через бульбо-вентрикулярное отверстие, в полость предсердий выхода не имеет.

Праворасположенное, правоформированное сердце(камеры сердца не инвертированы).



Типы коллатерального кровообращения легких при АЛА:

- большие аортолегочные коллатеральные артерии (БАЛКА);
- открытый артериальный проток;
- медиастинальные артерии;
- бронхиальные артерии;
- фистула между левой коронарной артерией и стволом ЛА;
- смешанные формы.

Показатель	Результат	Реф. Знач.
Общ. белок	77	60-83 г/л
Мочевина	2,7	2,9-8,2 ммоль/л
Креатинин	103,0	74-120 мкмоль/л
Билирубин общий	27	5-21 мкмоль/л
Билирубин прямой	7,1	<5,0 мкмоль/л
Триглицериды	0,66	<2,3 ммоль/л
Холестерин	4,78	0,00-6,20 ммоль/л
ЛПВП	1,09	1,00-1,6 ммоль/л
ЛПНП	3,39	2,07-5,31 ммоль/л
Коэф. атерогенности	3,4	0,0-4,0%
Калий	3,40	3,5-5,50 ммоль/л
Натрий	143,00	132,00- 146,00 ммоль/л
АЛТ	47,0	10,0-45,0 Ед/л
АСТ	27,0	10,0-40,0 Ед/л
Глк	4,4	4,1-5,9 ммоль/л

Показатель	Результат	Реф. Знач.
Железо	35,9	10,6-28,3 мкмоль/л
Ферритин	244,7	20,0-300,0 нг/мл
ОЖСС	54,4	44,7-76,1 ммоль/л

Биохимическое исследование крови.
 Консультация гематолога: сочетанное состояние с наследственным гемохроматозом?

УЗИ гепатопанкреатобиливрной системы, почек: без патологии.
 Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Коагулологическое исследование

Показатель	Результат	Реф.знач.
Протромбиновое время	32,7	9,4-12,5 сек
ПТИ	24,0	75,0- 130,0%
МНО	2,92	0,85-1,15
АЧТВ	Нет коагуляции	25,1-36,5 сек
Фибриноген	1,8	2,2-4,9 г/л

Состояние выраженной гипокоагуляции

ЧСС 90/мин

Оси:

P 90°

QRS -20°

T 146°

Интервалы:

RR 670 мс

P 62 мс

PR 198 мс

QRS 114 мс

QT 364 мс

QTc 449 мс

P (II) 0.17 мВ

S (V1) -1.37 мВ

R (V5) 1.23 мВ

Sokol. 2.59 мВ

СИНУСОВЫЙ РИТМ

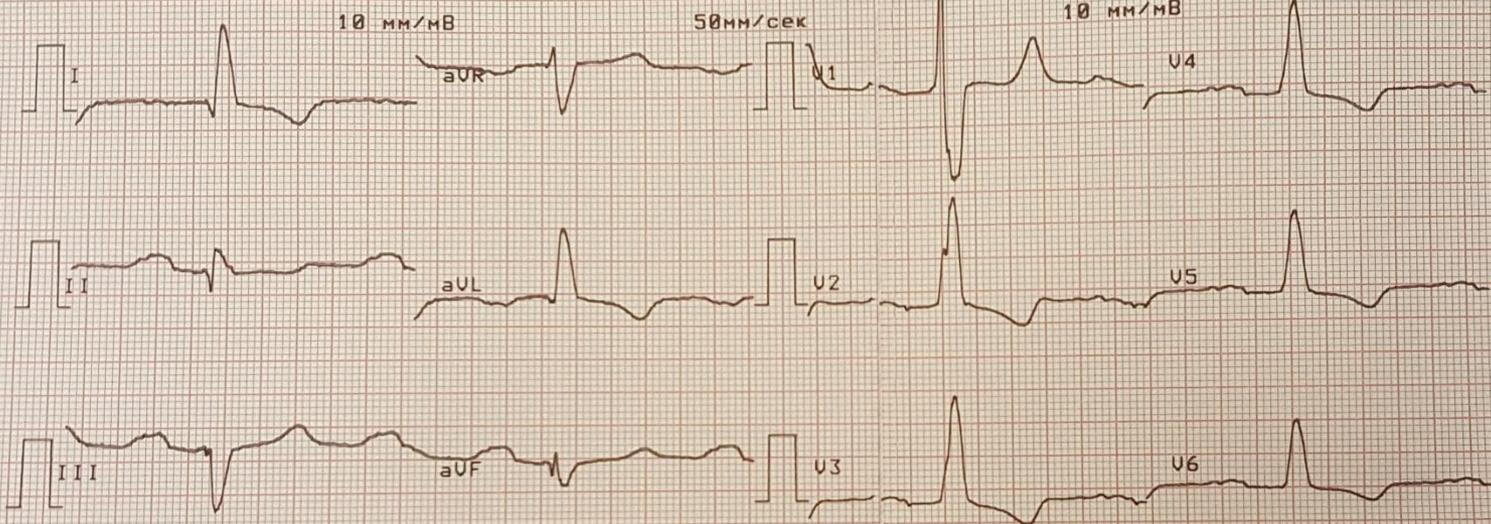
ОТКЛОНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО

ПЕРЕХОДНАЯ ЗОНА R-S В ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ СМЕЩЕНА ВПРАВО

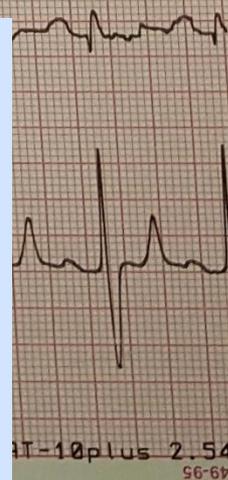
ГЛЖ С НАРУШЕНИЕМ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ

5.79

НЕПОДТВЕРЖДЕН. ОТЧЕТ



Заключение:
Замедление внутрижелудочковой проводимости. ЭОС отклонена влево, з.Т(-) и косонисходящее смещение ST I, aVL, V2-V6. Высокие R V2-V4.



ST-10plus 2.54 Cv
59-99 (4722) 21-49-95

.....

 М / Ж
 Возраст:
 см / кг

ЧСС 89/мин

Интервалы:

RR 677 мс
 P 146 мс
 PR 202 мс
 QRS 122 мс
 QT 376 мс
 QTc 459 мс

Оси:

P 90 °
 QRS-165 °
 T 32 °

P (II) 0.22 мВ
 S (V1) - мВ
 R (V5) 1.01 мВ
 Sokol. 2.60 мВ

СИНУСОВЫЙ РИТМ

НАРУШЕНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

РЕЗКОЕ ОТКЛОНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВПРАВО И ВПЕРЕД

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЗАДЕРЖКА

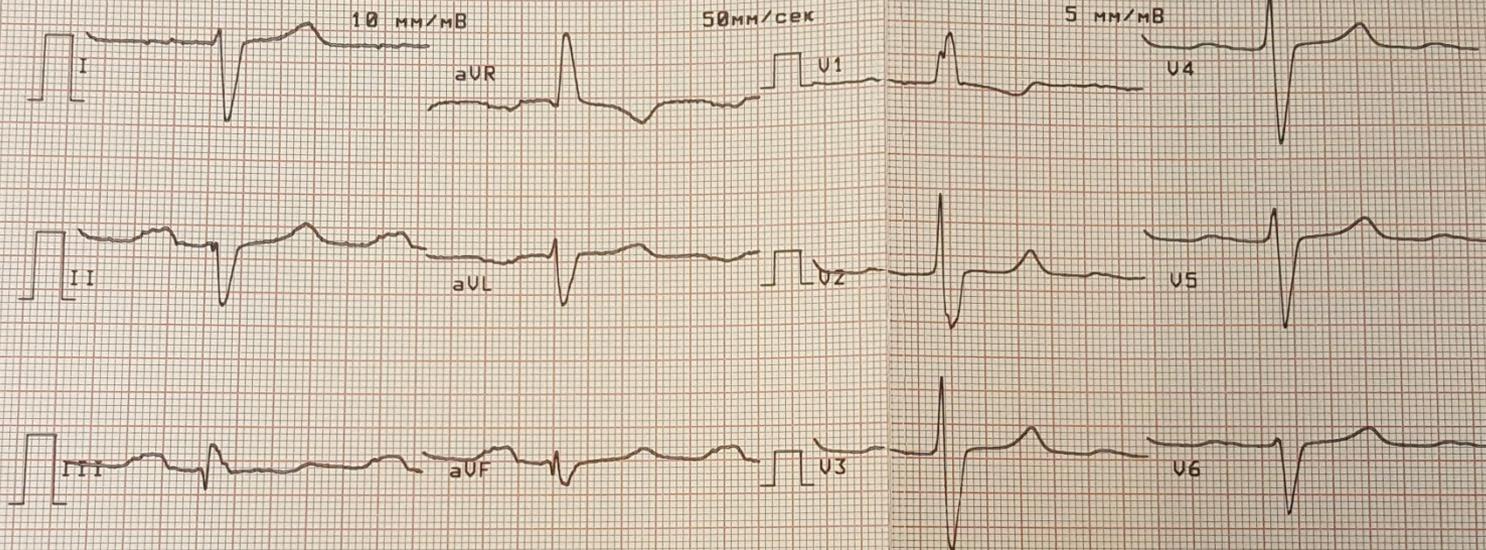
ПРИНИМАЕТСЯ ВО ВНИМАНИЕ ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ГИПЕРТРОФИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ST-T (ЭЛЕВАЦИЯ)

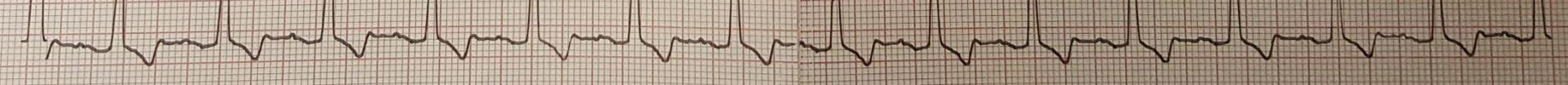
5.79

НЕПОДТВЕРЖДЕН. ОТЧЕТ



ритм регулярный, а ритм нерегулярный

Заключение: ЭОС резко отклонена вправо, блокада левой задней ветви, неполная блокада правой ножки п. Гиса, з. Т V2-V6 (+). Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда передней стенки. Смещение сердца вправо.



Мониторирование ЭКГ по Холтеру

Заключение:

В течение исследования регистрировался синусовый ритм.

Выявлялись эпизоды синусовой аритмии.

Максимальная ЧСС 87 уд/мин в 15:05, минимальная ЧСС 50 уд/мин в 23:45.

Среднесуточная ЧСС 72 уд/мин, дневная- 75, ночная -70, ЦИ 1,07 (норма 1,4-1,44).

PQ 0,16-0,18 с, в пределах нормы, QT 451-463 мс- верхняя граница нормы.

Зарегистрировано:

- 67 одиночных полиморфных желудочковых экстрасистол, в т.ч. вставочные.
- 27 наджелудочковых экстрасистол, в т.ч. 2 эпизода групповых,
- пароксизм НЖ- тахикардии с ЧСС 127-140 уд/мин в 06:47.

Пауз нет. Максимальный RR 1,3 с после ЖЭС в 23:05.

Косонисходящее смещение сегмента ST до 0,12 mV и з. T (-) выявлялись постоянно во втором мониторном отведении.

ЭХОКГ с доплеровским анализом.

Заключение:

Сердце смещено вправо, не инвертировано.

Единственный ЛЖ. Дефект межпредсердной перегородки. Умеренная дилатация ЛП. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Легочная артерия не визуализируется.

P.S. В легких кровотоков осуществляется, вероятно, только через дополнительные коллатеральные артерии.

Клинический диагноз

Основной:

Ишемический инсульт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии от 11.09.2019г., кардиоэмболический патогенетический вариант. (острое)

Фоновый:

Комбинированный врожденный порок сердца: правосформированное, праворасположенное сердце с нормальным расположением внутренних органов брюшной полости. Единственный ЛЖ (трехкамерное сердце). Атрезия легочной артерии IV типа. Дефект МПП. ХСН 2Б, 4ф.к.

Сопутствующие:

Вторичный реактивный эритроцитоз тяжелой степени. Гипертрофическая остеоартропатия. Эритроцитоз реактивный на фоне тяжелого порока сердца. Сочетанное состояние с наследственным гемохроматозом? Хронический гастрит. Левосторонний узловый эутиреоидный зоб.

Лечение

Этилметилгидроксипиридина сукцинат 5,0 + натрия хлорид 0,9%
200,0 в/в капельно.

Гепарин 5 тыс. Ед п/к ×3 р/д.

Бисопролол 5мг 1,/2т. (2,5 мг) утром

Глицин 0,1 2т.×3 р/д.

Карведилол 6,25 мг×2 р/д

Верошпирон 25 мг утром

Ацекардол 100мг вечер

Омепразол 20мг 1 капсул.×2р/д.

Серия эксфузий крови в дробном режиме по 100 мл крови с
восполнением физ. р-ром



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!