

Обзор клинического случая

ВЫПОЛНИЛА ЯФАРОВА А.А., ФАКУЛЬТЕТ
ДОП

6 КУРС, ГРУППА 01-95



ПАЦИЕНТ Т.Б.Ф., 70 лет

- Поступил 11.08.2017, 04:30
- Жалобы на жжение и боли за грудиной, одышку, слабость, окрашивание мочи в красный цвет
- Ухудшение состояния с 11.08.2017 с 03:00, когда появилась боль за грудиной, не купирующаяся приемом нитроглицерина.
- Вызвал СМП, госпитализирован в 15 ОРИТ
- Терапия на догоспитальном этапе: клопидогрел 300 мг, аспирин 250 мг

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

- Наркологический анамнез: употребляет алкоголь эпизодически, ранее употреблял регулярно до 1 л водки ежедневно. Курит.
- Хирургический анамнез: эмболизация сосудов левой почки
- Аллергологический анамнез: эуфиллин-коллапс

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (1):

- Около 10 лет страдает АГ с максимальным подъемом АД до 200/100 мм рт.ст
- В 1998 году перенес инфаркт миокарда
- В связи с сохраняющейся стенокардией неоднократно выполнялось ЧКВ: стентирование ПМЖА от 2007 года, стентирование ОА от 2013
- Сахарный диабет в течение 5 лет, принимает метформин 1000мг
- С декабря 2016 периодически отмечал примесь крови в моче, отменил прием антиагрегантов, на фоне чего в феврале 2017 года госпитализирован с повторным ИМ.
- Выполнена ТЛАБ ПМЖА, в связи с развившейся ранней постинфарктной стенокардией выполнено стентирование ВТК

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (2):

- При дальнейшем обследовании по поводу макрогематурии был выявлен рак левой почки T2NoMo
- В мае по жизненным показаниям (тотальная гематурия, снижение гемоглобина до 42 г/л) выполнена селективная эмболизация левой почечной артерии
- С 2.08.17 по 7.08.17 находился в НИИ урологии, больному планировалось выполнить операцию в объеме лапароскопической нефрэктомии слева, парааортальной лимфаденэктомии.
- Учитывая выраженную кардиологическую патологию, в связи с высоким риском летальности, от операции решено было воздержаться

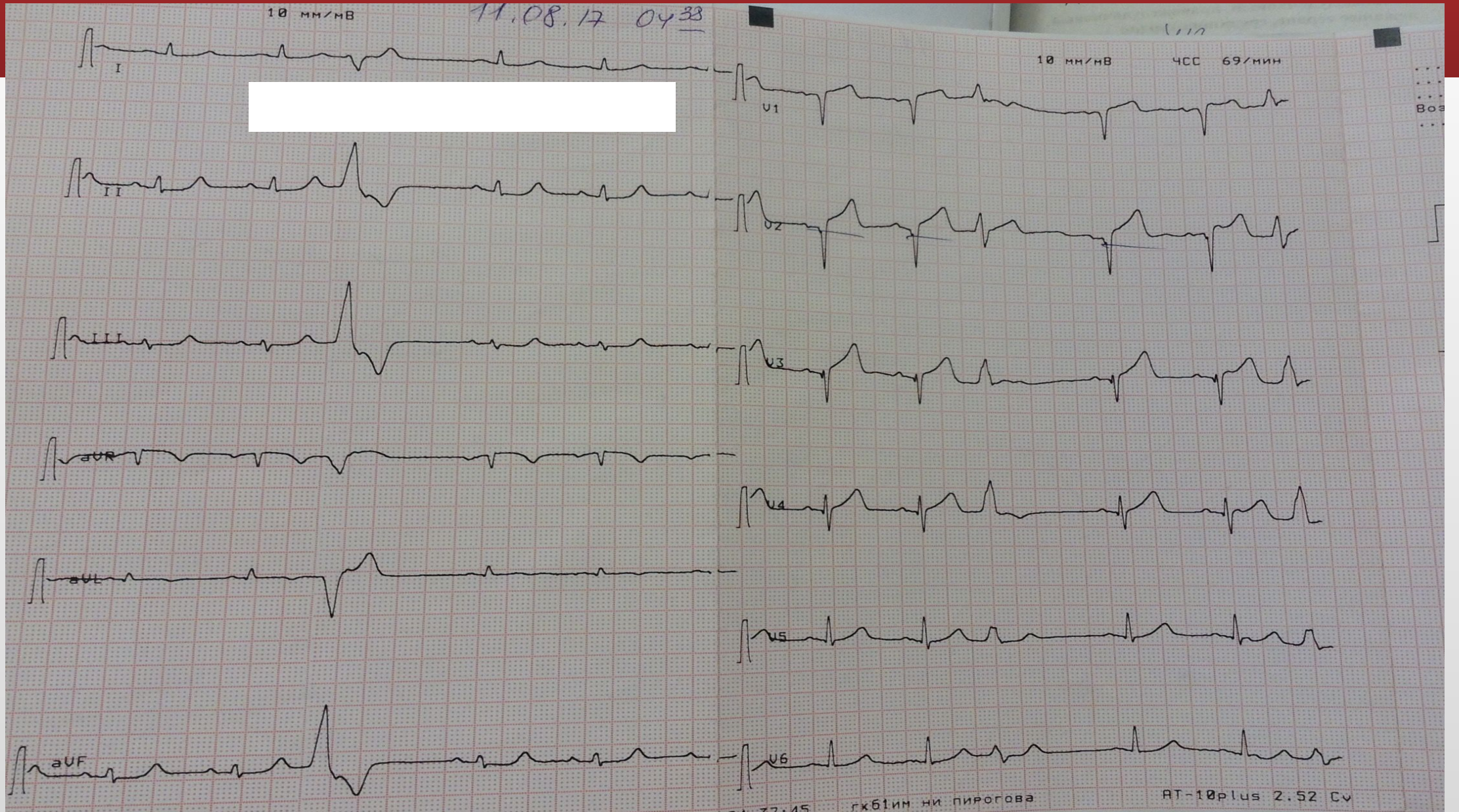
- Бисопролол 5 мг утром, 2,5 мг вечером
- Пролонгированные нитраты
- иАПФ
- Статины
- Метформин

*В связи с макрогематурией
антикоагулянтную и
антитромбоцитарную терапию не
принимает!*

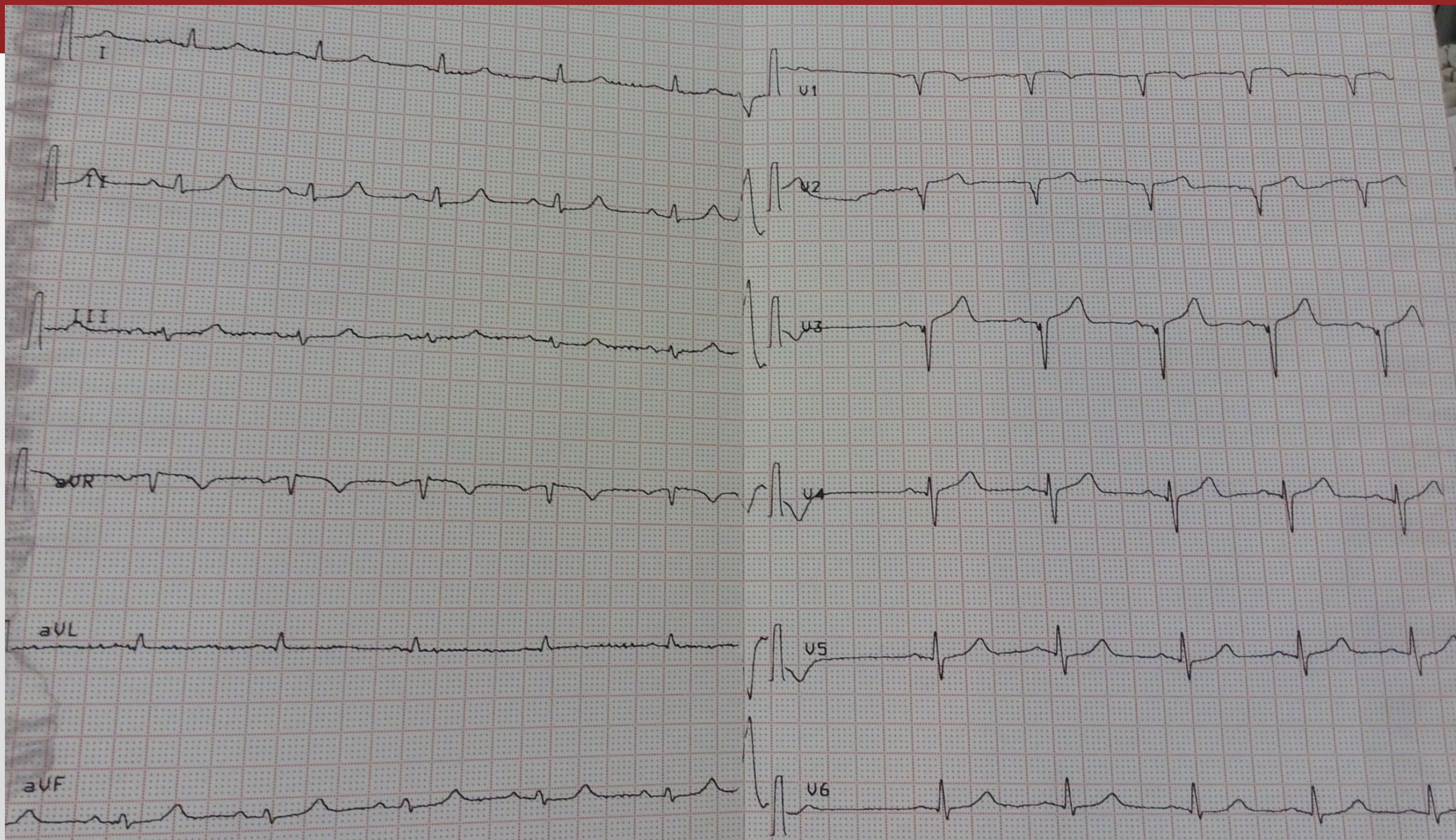
ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (на 11.08):

- КОЖНЫЙ ПОКРОВ: периферических отеков нет, больной умеренного питания
- СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ЧДД 16/мин, аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются
- СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ: гемодинамика стабильная, сердечные тоны приглушены, ритм неправильный, АД 115/70 мм рт ст., ЧСС 72/мин
- СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: язык влажный, чистый. Печень по краю реберной дуги
- СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: мочеиспускание самопроизвольное, моча с примесью крови.

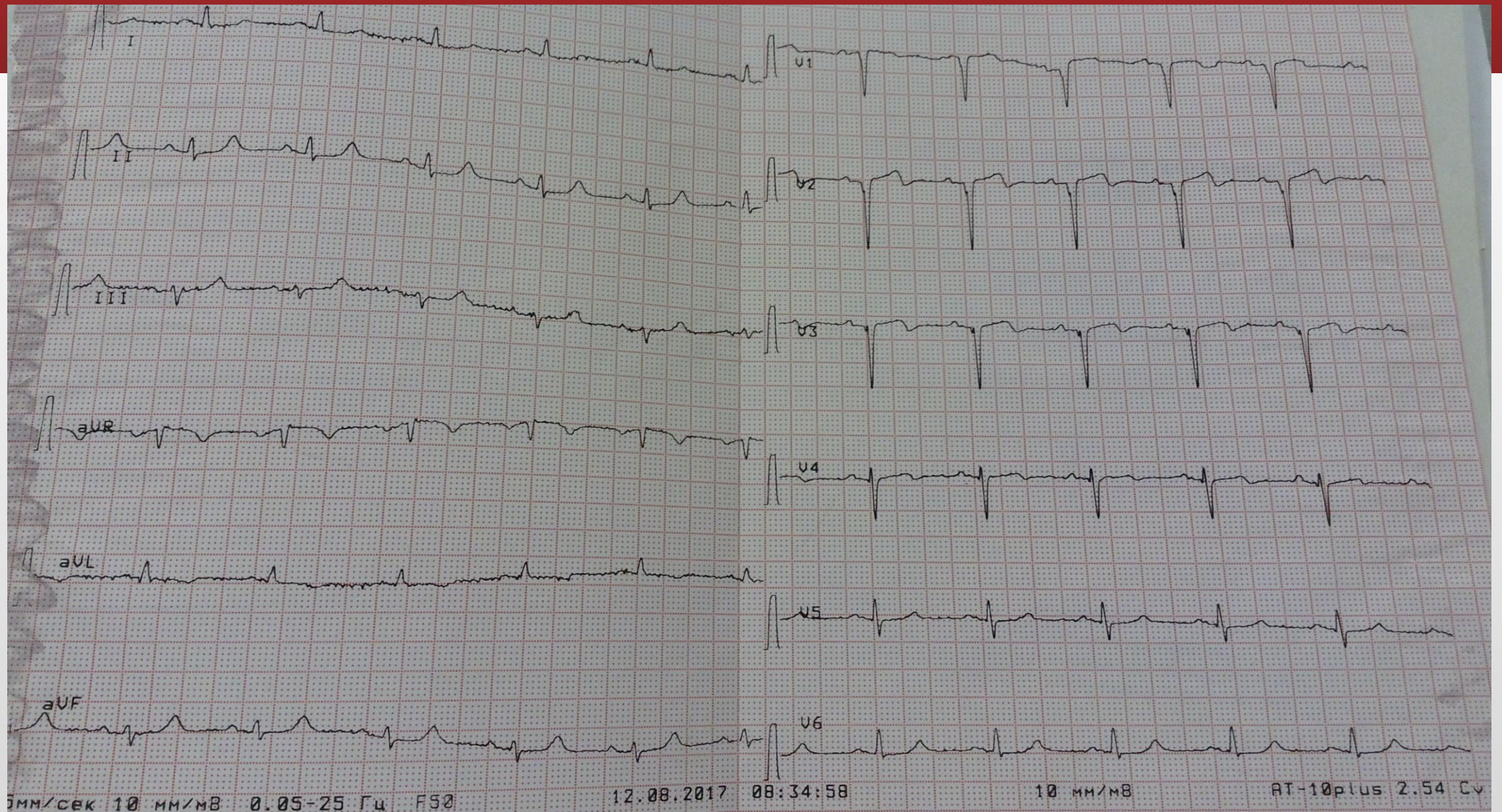
ЭКГ от 11.08.17, 04:33



ЭКГ от 11.08.2017, 06:56



ЭКГ от 12.08.2017, 08:34



ЭХО-КГ:

- **Заключение:** исследование проводилось на фоне неправильного ритма (ФП), в области верхушки – тромботические массы, плотно прилегающие к стенке.
- Дилатация камер сердца. На фоне диффузного снижения систолической функции сердца визуализируются зоны нарушения локальной сократимости.
- Акинез верхушечных и средних сегментов передне-перегородочной стенки, гипокинез верхушечных и средних сегментов передней стенки.
- Истончение участков акинезии до 8 мм
- Величина ФВ ЛЖ снижена (38-40%)

Данные лабораторных анализов:

Б/х анализ от 11.08:

Параметр	Результат	Норма
Тропонин Т	0,18 нг/л	0-0,030 нг/л
Креатинин	136мкмоль/л	53-88 мкмоль/л
Глюкоза	7,6ммоль/л	4,1-5,9 ммоль/л
Альбумин	34г/л	34-50г/л
Общий белок	67г/л	64-82г/л

Клин. анализ крови от 11.08:

Параметр	Результат
RBC	3.73*10 ¹² /л
Hb	109г/л
WBC	8*10 ⁹ /л
PLT	181*10 ⁹ /л

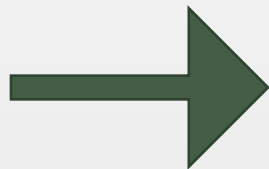
Анализ мочи от 11.08:

Параметр	Результат
Эритроциты	Сплошь в п/зр
Лейкоциты	3-4 в п/зр
Белок	1,0 г/л
Плотность	1,020г/мл

РАКОВЫЙ ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ АНТИГЕН 3,1нг/мл

Пациент госпитализирован с повторным инфарктом миокарда без подъема ST (5я госпитализация за год)

Повторные ОКС были связаны с отменой антиагрегантной терапии в связи с развитием макрогематурии, сопровождающейся значительным снижением гемоглобина.



Реваскуляризация миокарда **НЕВОЗМОЖНА** до ликвидации источника макрогематурии

Дальнейшая тактика ведения пациента?

ЛЕЧЕНИЕ, ПРОВОДИВШЕЕСЯ В ОРИТ с 11.08 по 12.08:

- Нитроглицерин 20 мг
- Фуросемид 40 мг
- Фрагмин 2500ЕД
- Аторвастатин 40 мг
- Верошпирон 25 мг
- Бисопролол 2,5 мг
- Эзомепразол 20 мг
- Эналаприл 2,5 мг
- Клопидогрел 75 мг

ВЫСОКИЙ РИСК КРОВОТЕЧНИЙ

ОТ НАЗНАЧЕНИЯ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ РЕШЕНО ВОЗДЕРЖАТЬСЯ

ПРОДОЛЖЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ, КОНСУЛЬТАЦИЯ УРОЛОГА С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ

20.08-ПАЦИЕНТ БЫЛ ПЕРЕВЕДЕН В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

- С учетом продолжающейся макрогематурии, обусловленной раком лоханки левой почки, по витальным показаниям с целью избавления пациента от онкологического процесса и остановки кровотечения показано выполнение радикальной нефруретерэктомии слева.
- Риск оперативного вмешательства высокий, о чем было сообщено пациенту.

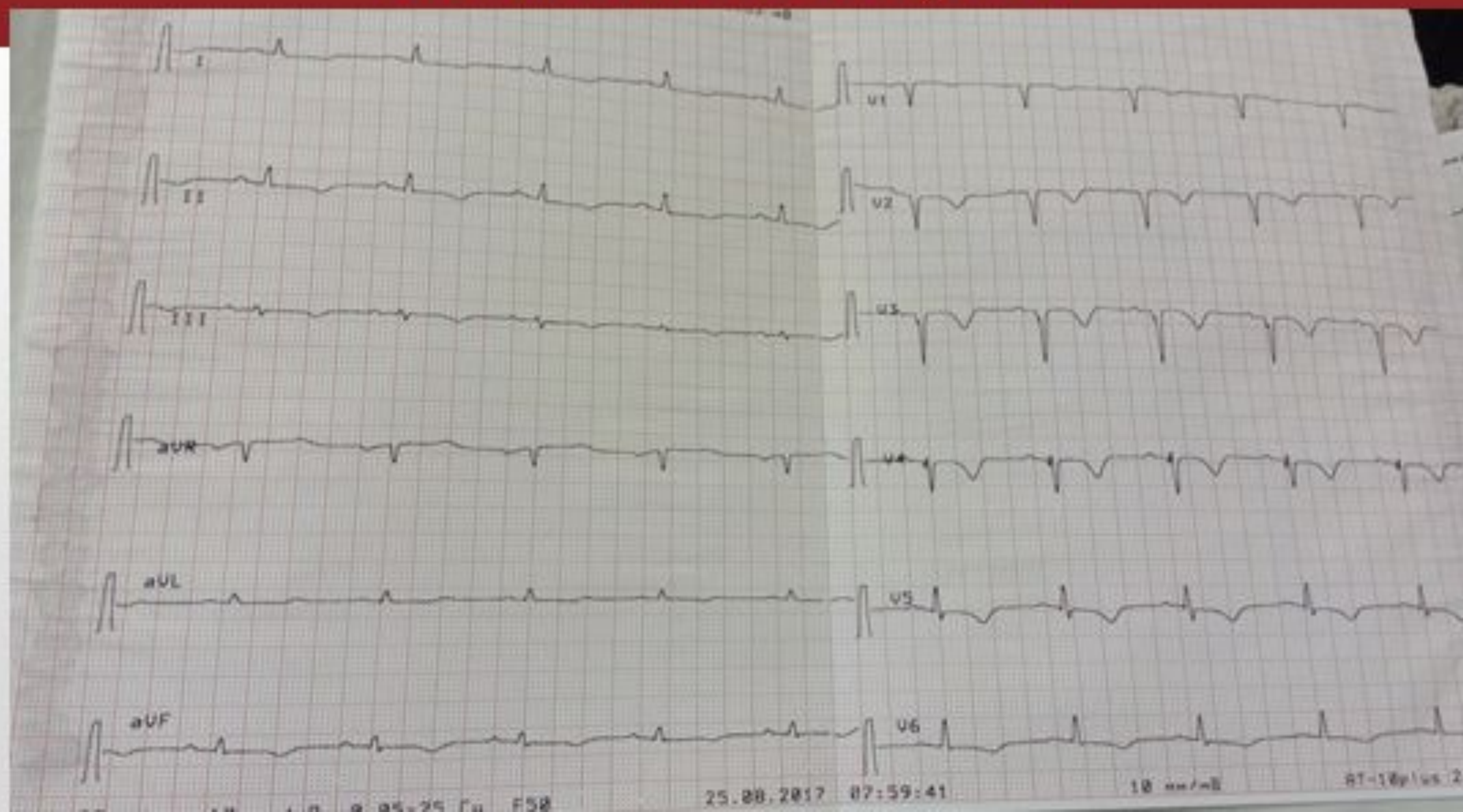
21.08 было проведено оперативное вмешательство

24.08-перевод в отделение кардиореанимации

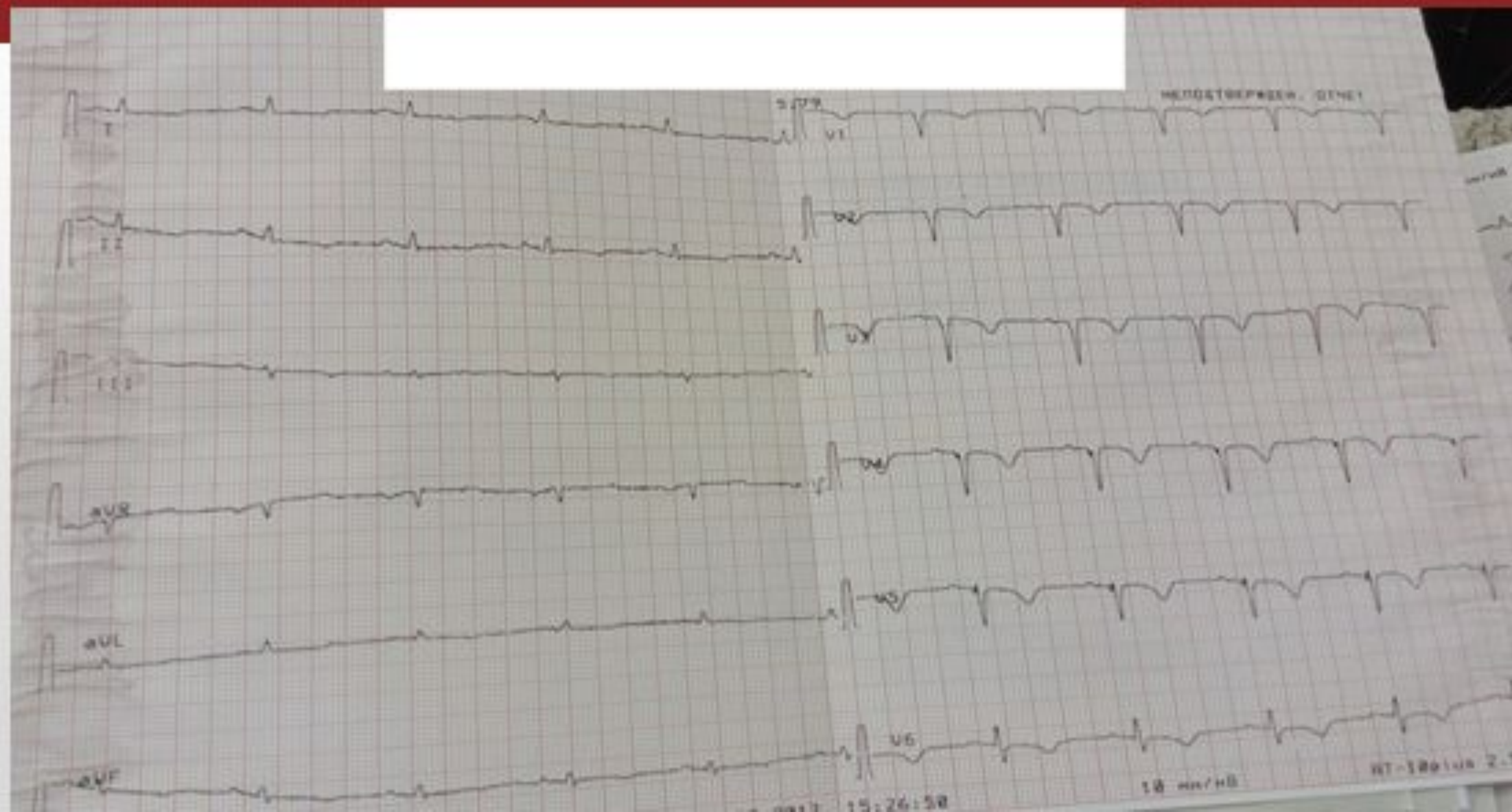
- Пациент 4 сутки после люмботомии
- В раннем послеоперационном периоде сохраняются приступы стенокардитических болей, отрицательная динамика на ЭКГ (углубления зубца Т в отведениях V1-V4 до 3,5мм), несмотря на проводимую кардиальную терапию, в том числе нитратами длительного действия.

25.08.17:ЧКВ: реканализация, БАП и стентирование ПМЖА (окклюзия) стентом “Callipso”

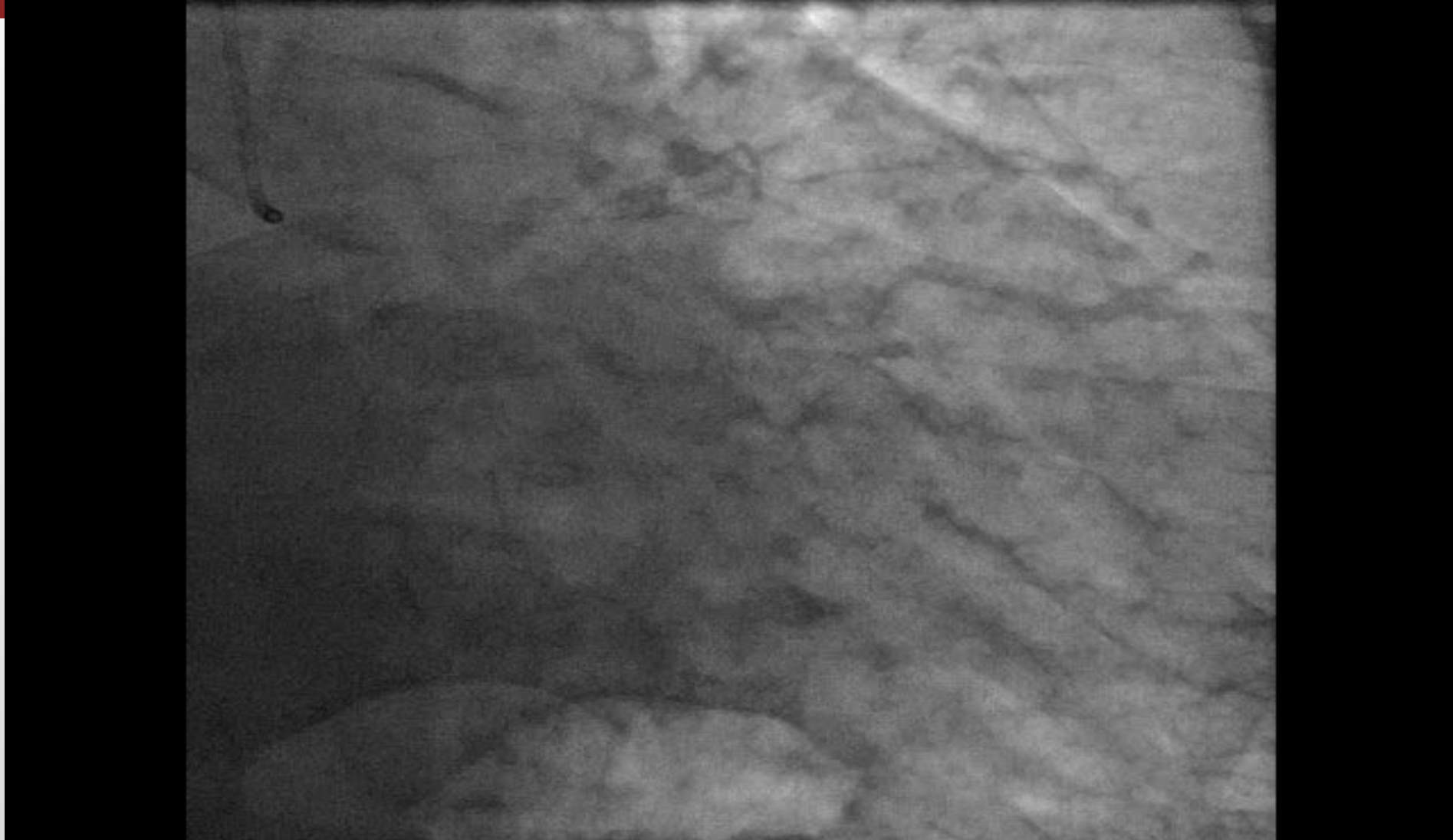
ЭКГ от 25.08.2017, 07:59



ЭКГ от 26.08.2017, 15:26



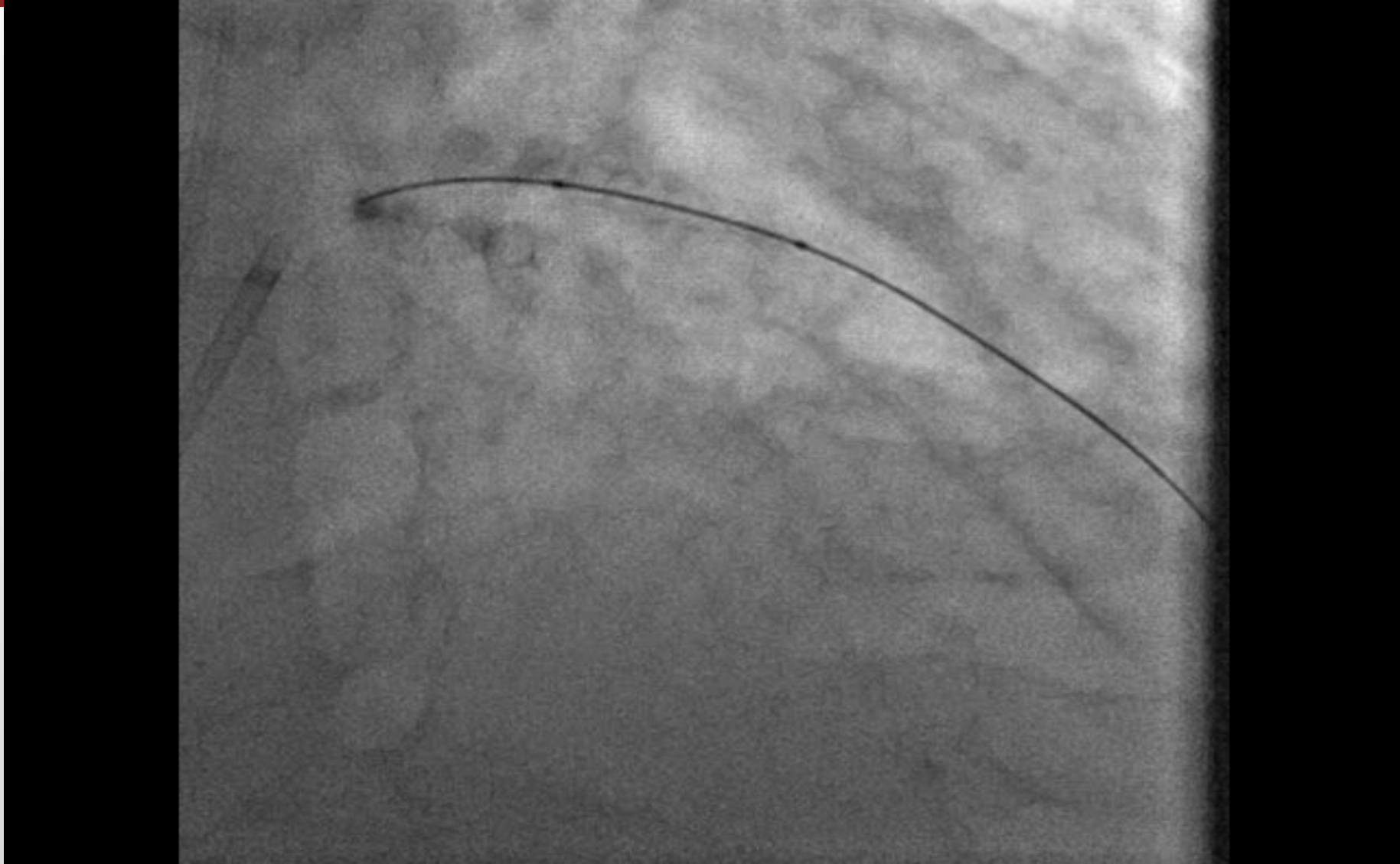
ΚΑΓ (1)



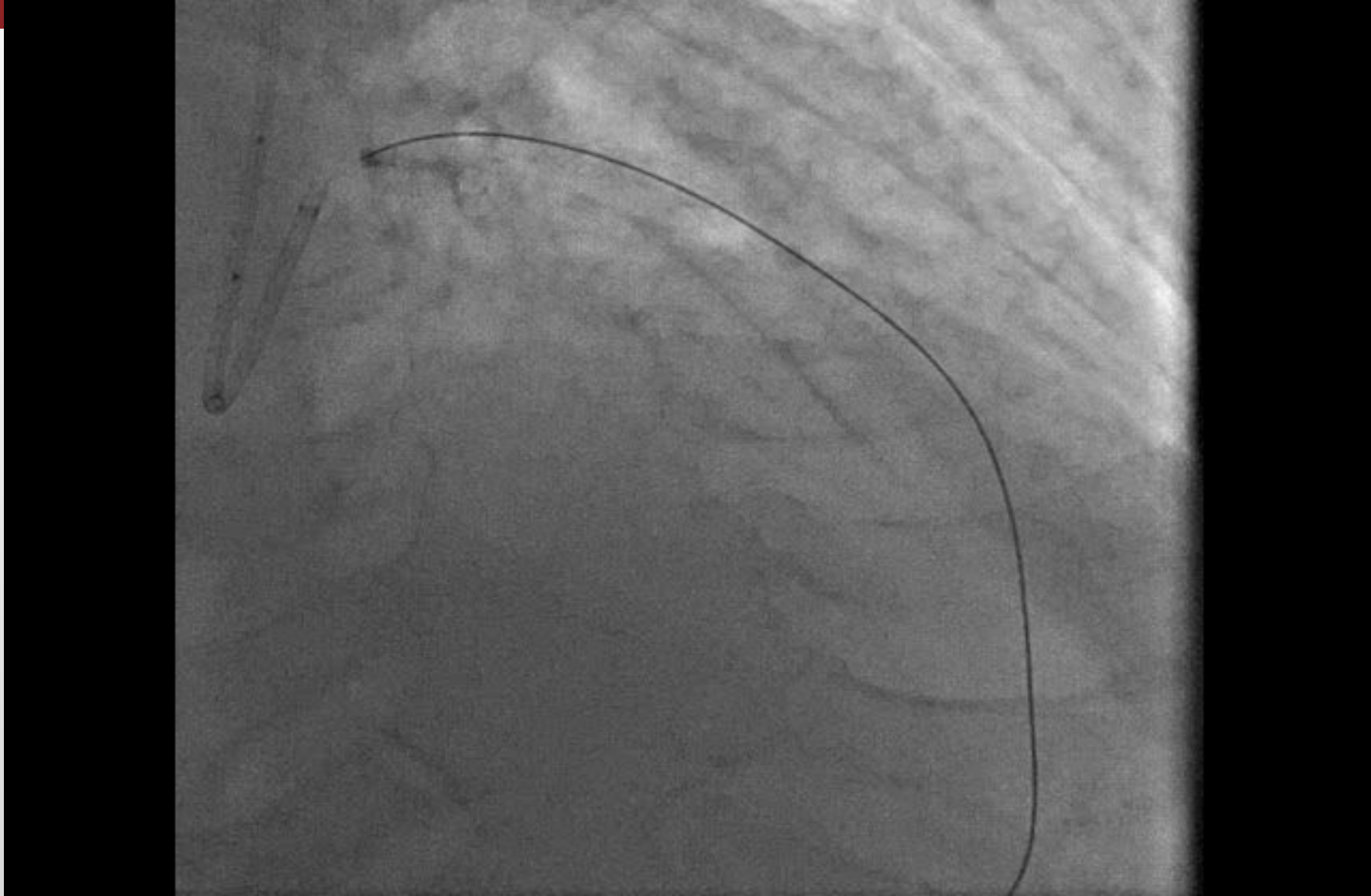
ΚΑΓ(2)



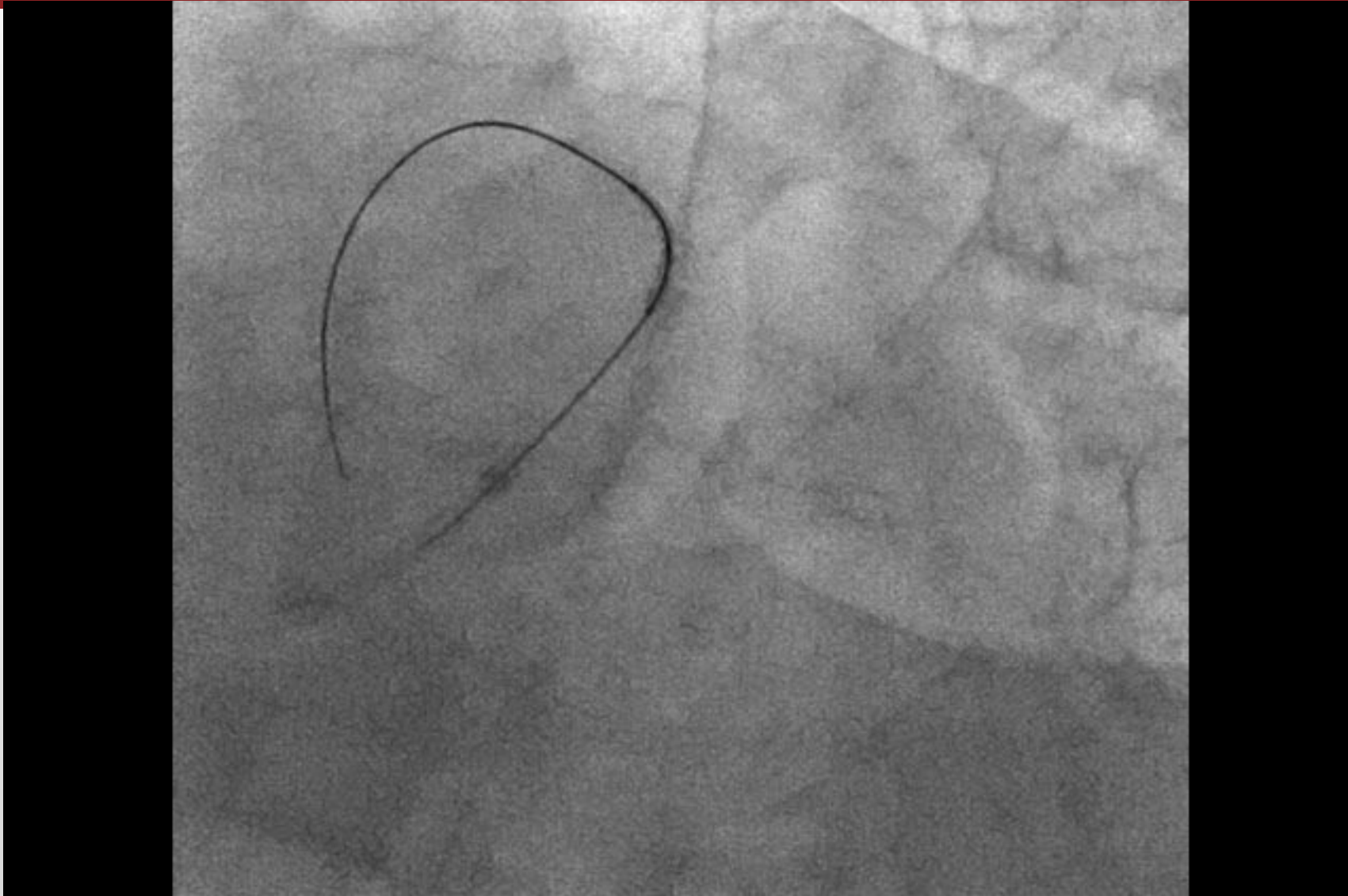
ΚΑΓ(3)



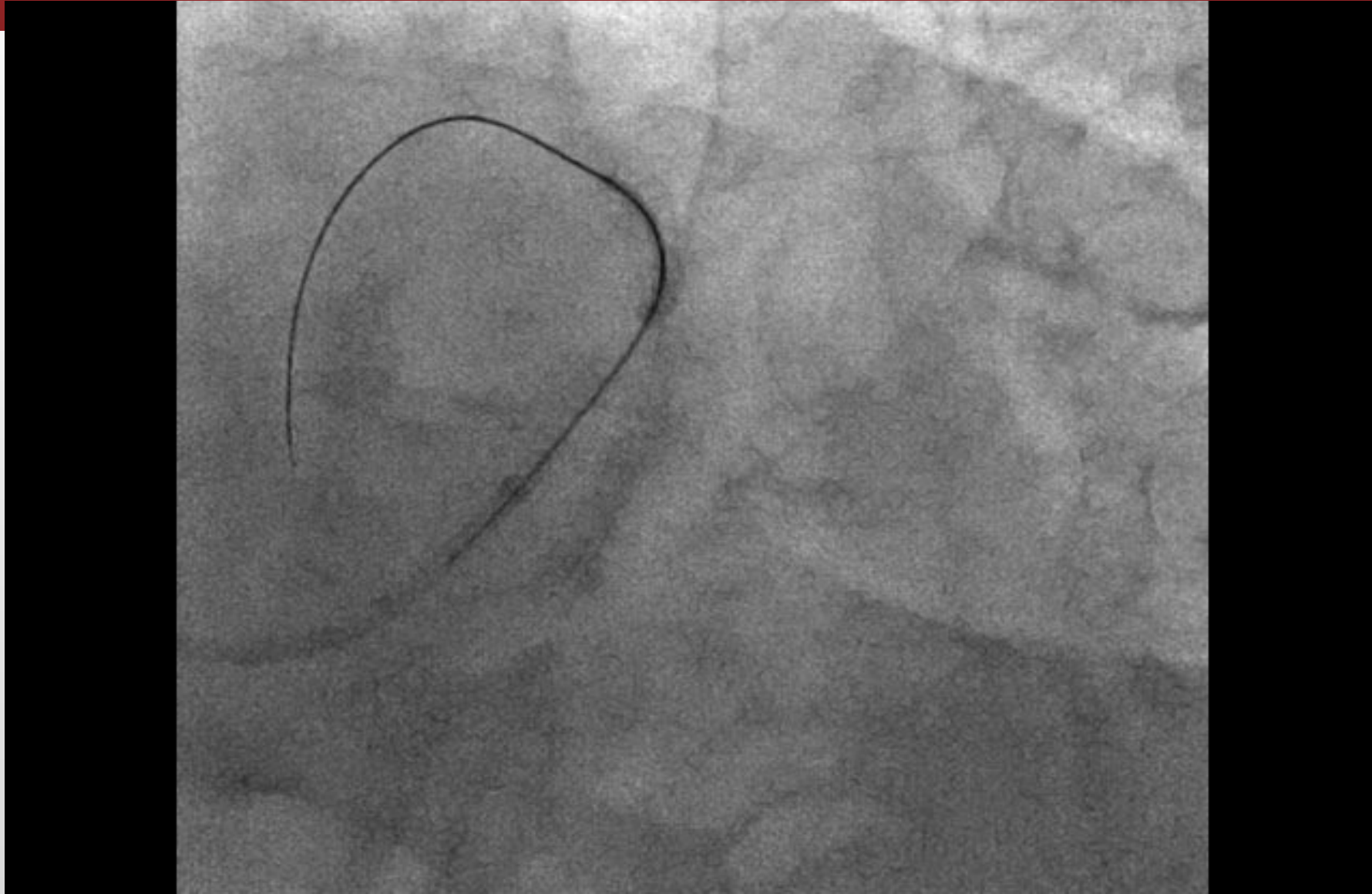
ΚΑΓ(4)



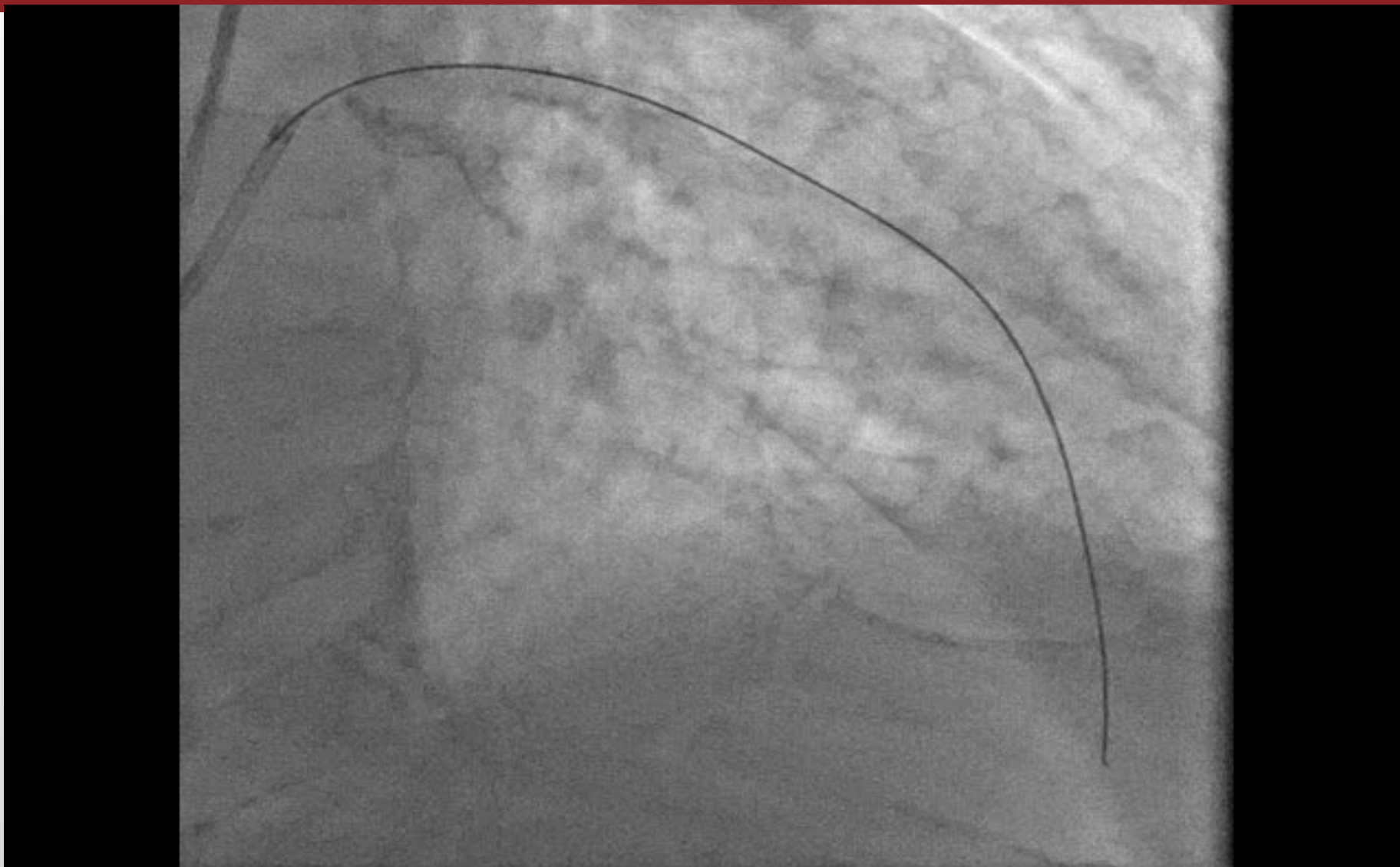
ΚΑΓ(5)



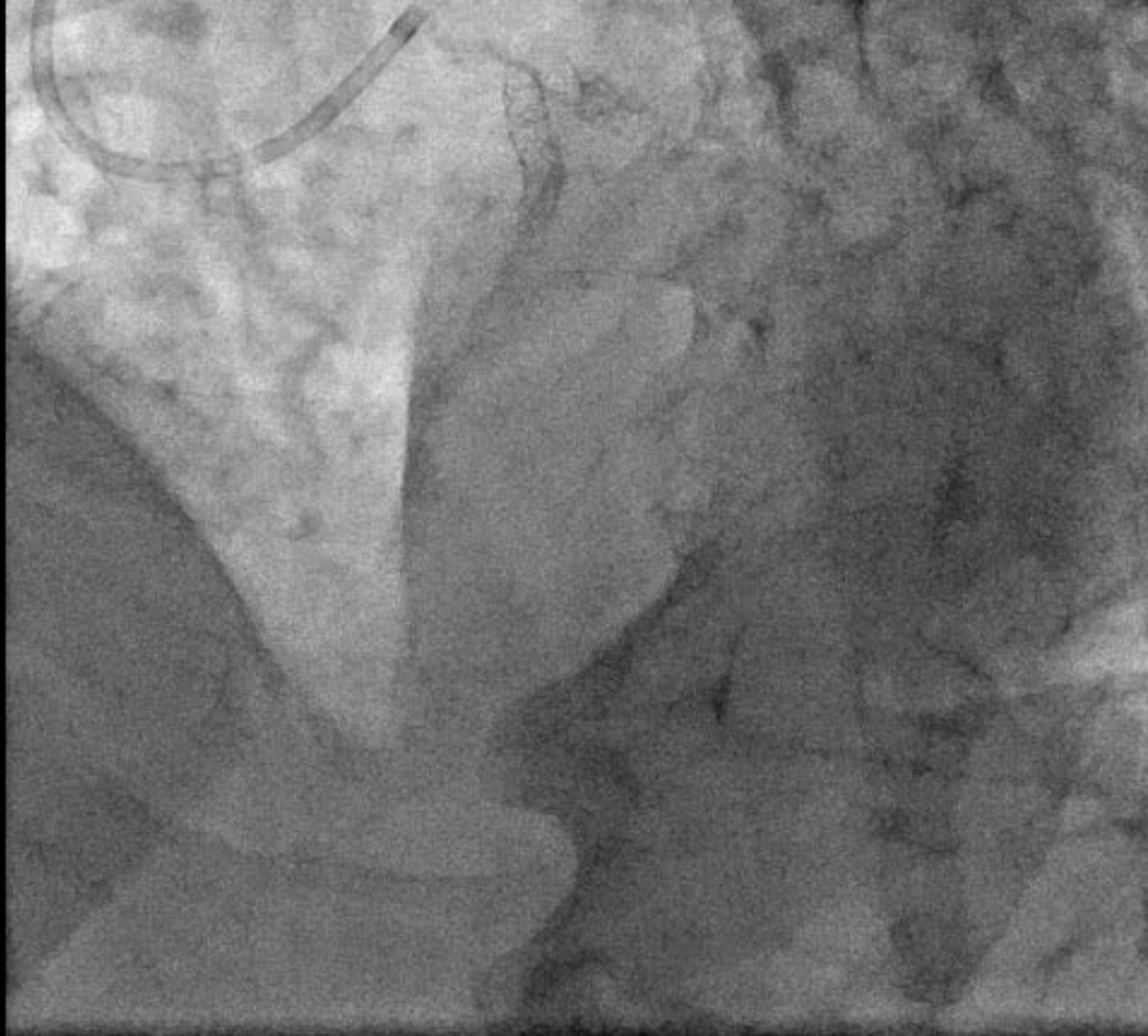
ΚΑΓ(6)



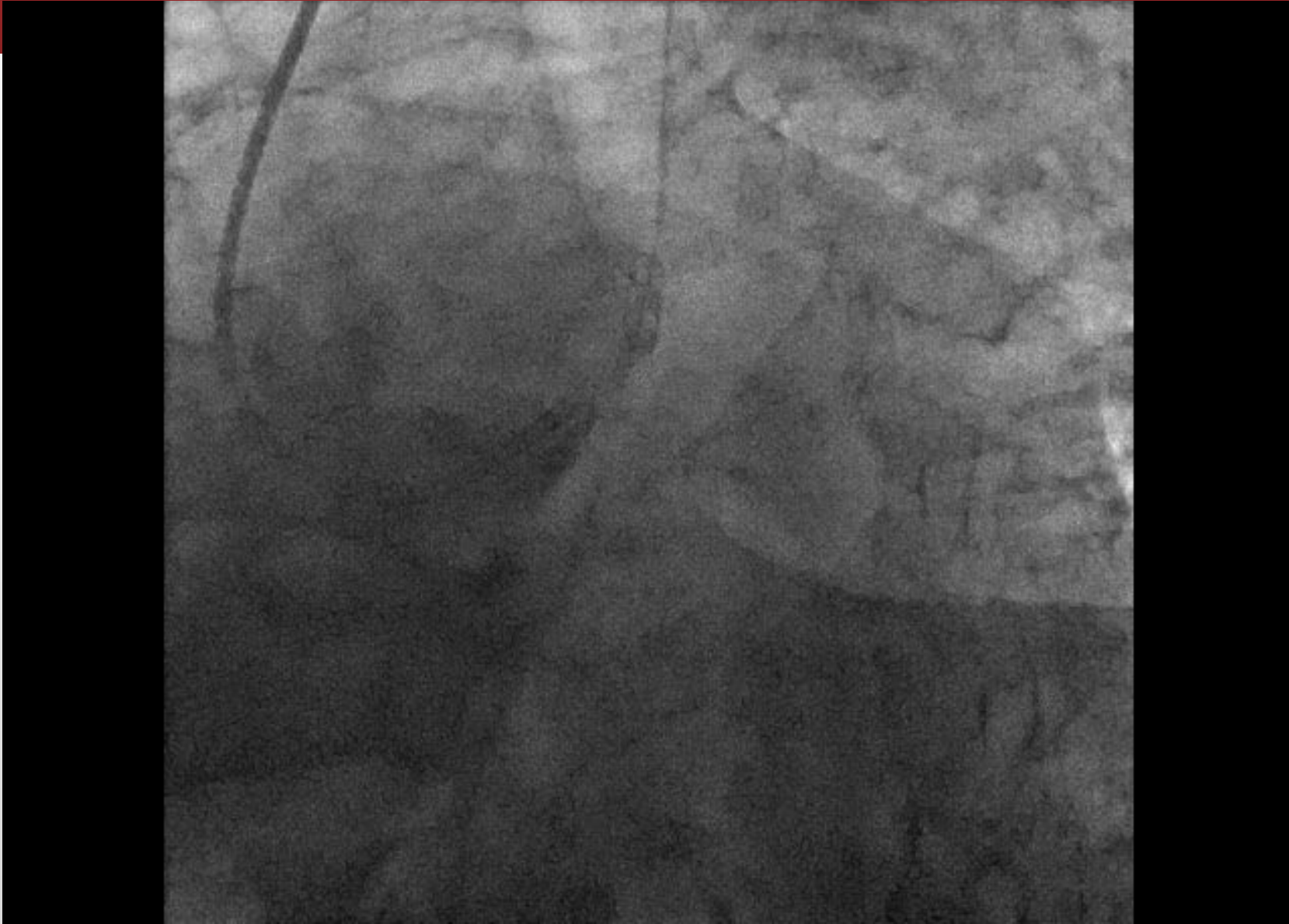
ΚΑΓ(7)



ΚΑΓ(8)



ΚΑΓ(9)



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!