

РИСК КАРДИОЭМБОЛИЙ И ПРОБЛЕМА ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПОДХОДА: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Кудинова М. А.¹, Клыков Л. Л.¹, Сайкин А. А.¹, Ромашенко О. В.¹, Шайдюк О. Ю.²

В приведённом клиническом примере иллюстрируется успешное восстановление кровотока после кардиоэмболии в верхнюю мезентериальную артерию без необходимости открытого или лапароскопического вмешательства. Особенность случая состоит в возрасте больной — более 90 лет, а также в том, что развитие ишемического синдрома было отсроченным, спустя двое суток после купирования пароксизма фибрилляции предсердий.

Российский кардиологический журнал 2018, 1 (153): 63–65

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-1-63-65>

Ключевые слова: эмболия, ушко левого предсердия, антикоагулянты, фибрилляция предсердий, старческий возраст, долгожитель, мезентериальный тромбоз.

¹ГКБ № 15 им. О. М. Филатова г. Москвы, Москва; ²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Кудинова М. А. — к.м.н., зав. кардиологическим отделением, Клыков Л. Л. — к.м.н., зав. отделением интервенционных методов диагностики и лечения, Сайкин А. А. — врач-хирург отделения интервенционных методов диагностики и лечения, Ромашенко О. В. — к.м.н., врач-кардиолог, Шайдюк О. Ю. — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии № 1 л/ф.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

oys@list.ru

АД — артериальное давление, ЧСС — частота сокращений сердца, ЧСЖ — частота сокращений желудочков, ЭКГ — электрокардиограмма, МНО — международное нормализованное отношение.

Рукопись получена 23.01.2018

Рецензия получена 24.01.2018

Принята к публикации 31.01.2018

RISK OF CARDIOEMBOLISM AND THE ISSUE OF INDIVIDUALIZATION OF APPROACHES: CLINICAL CASE

Kudinova M. A.¹, Klykov L. L.¹, Saykin A. A.¹, Romashenko O. V.¹, Shaydyuk O. Yu.²

The clinical case illustrates successfully restored blood flow after cardioembolism into upper mesenteric artery with none open or laparoscopic surgery. The specifics of this case are patient age: 90 y.o., and that the ischemic syndrome developed delayed — two days after atrial fibrillation paroxysm treatment.

Russ J Cardiol 2018, 1 (153): 63–65

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-1-63-65>

Key words: embolism, left atrium appendage, anticoagulants, atrial fibrillation, senile patient, longevity, mesenteric thrombosis.

¹O. M. Filatov CCH № 15, Moscow; ²N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia.

Мезентериальный тромбоз — одно из неотложных состояний, прогноз при котором даже в случае очень быстро оказанной помощи нередко неблагоприятный. В половине случаев острой мезентериальной ишемии причиной является эмболия, в 15–25% случаев — артериальный тромбоз, и в оставшихся случаях — венозный тромбоз. Современные рекомендации по ведению больных мезентериальной ишемией не включают пока доказательную базу первого уровня, поскольку провести многоцентровые рандомизированные исследования острой мезентериальной ишемии технически очень сложно. Летальность при этом состоянии высока и обратно зависит от скорости диагностики и начала лечения. Современные рекомендации указывают на необходимость лапаротомической операции в случае выраженной ишемии кишки и начала перитонита, а также на возможность интервенционного лечения в случае неполной окклюзии артерии [1, 2].

Для оценки риска кардиоэмболии при фибрилляции предсердий применяется модифицированная шкала CHA₂DS₂-Vasc. Эта доработанная шкала обобщает вклад основных факторов по их удельному весу, формулируя в итоге вероятность развития системной эмболии (инсульта). Но в некоторых ситуациях ход

событий недостаточно подчинить вероятностной оценке, поскольку особенности больных оказываются на периферии статистического распределения. Предлагаем пример кардиоэмболического мезентериального тромбоза у больной старше 90 лет, закончившегося благополучно.

Клинический пример

Больная Т., 90 лет 11 месяцев, поступила в стационар ГКБ № 15 им. О. М. Филатова г. Москвы в жалобами на сердцебиение с частотой сокращений сердца (ЧСС) до 160 в минуту, слабость. Был установлен пароксизм фибрилляции предсердий, начавшийся, согласно анамнезу заболевания, за 1 сутки до госпитализации.

В анамнезе гипертоническая болезнь много лет с повышением артериального давления (АД) до 190/100 мм рт.ст., адаптирована к 150/80 мм рт.ст., холецистэктомия более 20 лет назад, компрессионный перелом поясничных позвонков более 10 лет назад.

Клинически: состояние средней тяжести, сознание несколько снижено. Не выраженное ортопноэ, частота дыханий 20 в минуту, в нижних отделах лёгких мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца не расширены, ЧСС 140 в минуту, АД 160/90 мм рт.ст.

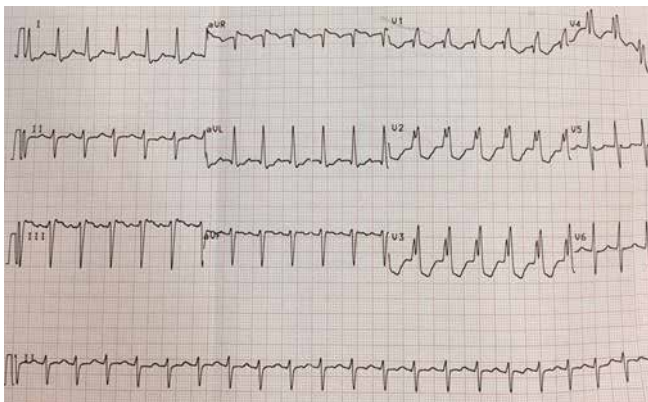


Рис. 1. ЭКГ больной при поступлении.

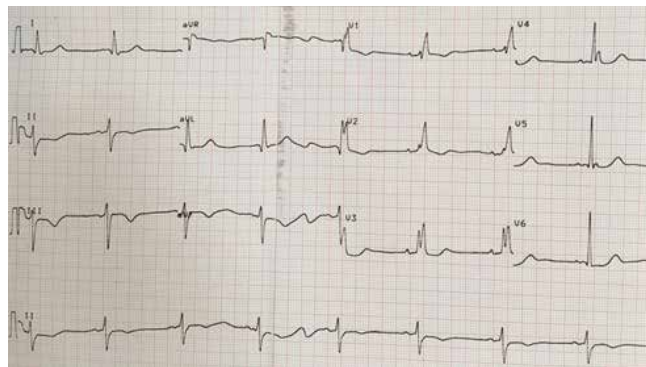


Рис. 2. ЭКГ больной в динамике.



Рис. 3. Компьютерная томограмма.

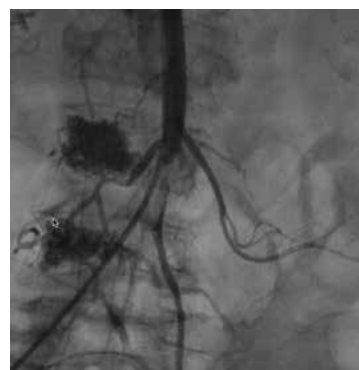


Рис. 4. Ангиография до вмешательства.



Рис. 5. Восстановленный кровоток.

На ЭКГ зарегистрировано трепетание предсердий с частотой сокращений желудочков (ЧСЖ) 152 в минуту, блокада правой ножки пучка Гиса, передней ветви левой ножки пучка Гиса, депрессия сегмента ST V₅₋₆ до 1 мм (рис. 1).

Больной были назначены антикоагулянты: гепарин 12,5 тыс. ед. подкожно под контролем активированного частичного тромбопластинового времени, варфарин с дальнейшим контролем МНО. Также назначен метопролол 50 мг х 2 р.д., валсартан 40 мг, амиодарон внутривенно с целью медикаментозной кардиоверсии.

По данным эхокардиографии, сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная, фракция выброса 45%, полость не расширена; умеренно расширено левое предсердие до 4,7 см. Умеренная гипертрофия стенок левого желудочка до 1,3 см. Тромбы в полостях сердца при трансторакальном исследовании не визуализируются.

Спустя примерно 20 часов от момента поступления, после постепенного снижения ЧСЖ до 90 в минуту, у больной восстановился синусовый ритм с ЧСС 55 в минуту (рис. 2).

В течение 2 дней на фоне терапии антикоагулянтами состояние оставалось стабильным, однако затем появилась клиническая картина острого живота. Больной была экстренно выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, где подтверждено наличие тромба в верхней брыжеечной артерии, а также выявлены признаки инфаркта правой почки (рис. 3).

Больная экстренно доставлена в ангиографическую операционную, где проведена селективная ангиография верхней брыжеечной артерии и выполнена тромбоэкстракция из верхней брыжеечной артерии доступом через правую общую бедренную артерию. На контрольной ангиограмме кровоток восстановлен, визуализировалась незначительная эмболизация дистальных отделов верхней брыжеечной артерии (рис. 4, 5).

После вмешательства состояние больной стабильное. С сохранённым синусовым ритмом на фоне терапии антикоагулянтами и амиодароном выписана.

Обсуждение

При расчёте сумма баллов по CHA₂DS₂-Vasc равнялась 5, с риском инсульта или системной эмболии в ближайший год 6,7%. У данной больной, несмотря на проводимую терапию двумя антикоагулянтами с достигнутым уровнем антикоагуляции, произошло развитие эмболии. Тромбообразованию способствует множество факторов, начиная генетическими, заканчивая преходящими факторами вроде ответа острой фазы или временной гемоконцентрации; на протромботическую активность крови может влиять даже синдром ночного апноэ, в том числе, центрального генеза [3, 4]. Стечение всех факторов вряд ли возможно прогнозировать шкалами риска. Данный пример пациентки в возрасте почти 91 года, со случившимся кардиоэмболическим синдромом и успешно разрешившимся синдромом ишемии кишки по верхней брыжеечной артерии, демонстрирует индивидуальность каждого клинического случая. С одной стороны, расчётный риск 6,7% не вводит эту больную в группу очень высокого риска, с другой — её сумма баллов по шкале HAS-BLED указывает на низкий риск кровотечений. Как указывается в Европейских рекомендациях по ведению больных фибрилляцией предсердий, назначение антикоагулянтов показано при фибрилляции пред-

сердий и сумме баллов ≥ 2 по CHA₂DS₂-Vasc [5]. Этой больной они были назначены, однако у неё всё равно развилась ишемия в бассейне мезентериальной артерии. В подобных условиях, вероятно, рекомендована интенсивная терапия антикоагулянтами. Основным вопросом является поиск дополнительных факторов, всё же приведших к событию при достаточно низкой его вероятности. Индивидуализированный подход к ведению больного предполагает поиск дополнительных факторов. Не только оценка риска и назначение препаратов, понижающих риск тромбообразования, входят в общий план лечения, но также поиск индивидуальных особенностей, включая, в последующем, особенности приверженности терапии [6, 7]. У данной больной острое ишемическое событие развилось спустя 3 дня антикоагулянтной терапии, однако благополучно разрешилось благодаря нахождению в хорошо оснащённом стационаре.

Подобные случаи, как, например, приведённый ранее нашим коллективом случай больной 34 лет с рецидивирующей диссекцией коронарных артерий [8], подчёркивают необходимость дальнейшего поиска путей индивидуализации подходов к больным, несмотря на достижения генерализующих методов эмпирического познания. Противоречие обобщенного получения данных и уникальности каждого отдельного человека требует от учёных поиска новых способов работы с данными, а от врачей — осознанного и грамотного подхода, свободного от стереотипов.

Литература

1. Bala M, Kashuk J, Moore EE, et al. Acute mesenteric ischemia: guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World Journal of Emergency Surgery*: WJES, 2017; 12: 38. DOI: 10.1186/s13017-017-0150-5.
2. Tilsed JVT, Casamassima A, Kurihara H, et al. ESTES guidelines: acute mesenteric ischaemia. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2016; 42: 253-70. DOI: 10.1007/s00068-016-0634-0.
3. Buy MZ, Lebedeva AY, Gordeev IG, et al. Heart rate variability and hemostatic parameters in patients with coronary heart disease and chronic heart failure. *Russ J Cardiol*, 2013; 103 (5): 6-11. (In Russ.) Буй М.З., Лебедева А.Ю., Гордеев И.Г., и др. Связь вариабельности сердечного ритма и показателей системы гемостаза у больных ишемической болезнью сердца, осложнённой хронической сердечной недостаточностью. *Российский кардиологический журнал*, 2013; 103 (5): 6-11. DOI: 10.15829/1560-4071-2013-5-6-11.
4. Gordeev IG, Shaydyuk OY, Taratukhin EO. Sleep apnoea syndrome and cardiovascular disease: a modern view. *Russ J Cardiol*, 2012; 98 (6): 5-12. (In Russ.) Гордеев И.Г., Шайдюк О.Ю., Таратухин Е.О. Синдром апноэ во сне и кардиологическая патология: современный взгляд. *Российский кардиологический журнал*, 2012; 98 (6): 5-12. DOI: 10.15829/1560-4071-2012-6-5-12.
5. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*, 2016; 37 (38): 2893-962. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw210.
6. Taratukhin EO. Patient's personality: an interdisciplinary approach to cardiovascular pathology. *Russ J Cardiol*, 2014; 113 (9): 22-5. (In Russ.) Таратухин Е.О. Личность больного: междисциплинарный подход в работе с кардиологической патологией. *Российский кардиологический журнал*, 2014; 113 (9): 22-5. DOI: 10.15829/1560-4071-2014-9-22-25.
7. Taratukhin EO. Biopsychosocial approach — a modern demand for interdisciplinarity. *Russ J Cardiol*, 2015; 9 (125): 80-3. (In Russ.) Таратухин Е.О. Биопсихосоциальный подход — новое требование междисциплинарности. *Российский кардиологический журнал*, 2015; 125 (9): 80-3. DOI: 10.15829/1560-4071-2015-9-80-83.
8. Arefiev MN, Klykov LL, Krylov VV, et al. Myocardial infarction and the issue of individualized management. Clinical case of spontaneous dissection in two coronary arteries. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2017; 16 (4): 88-92. (In Russ.) Арефьев М.Н., Клыков Л.Л., Крылов В.В. и др. Инфаркт миокарда и проблема индивидуализации лечения. Клинический пример спонтанной диссекции двух коронарных артерий. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2017; 16 (4): 88-92. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-4-88-92.