

Д.А. Капсултанова¹, Д.А. Ахментаева¹, Г.Б. Ползик¹, Абдул МаджидРахими¹,
Б.Г. Тулегенова², Ж.М. Алдабекова², А.Т. Алпарова²

¹КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

²Городской кардиологический центр г.Алматы

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕКСТРОКАРДИИ У ПАЦИЕНТКИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Данный клинический случай представляет интерес для врачей-кардиологов как редкое сочетание аномалии сердца с ишемической болезнью сердца. Сочетание декстрокардии с другими врожденными экстра- или интракардиальными аномалиями может значительно ухудшить прогноз лечения кардиологических пациентов, которые в большинстве своем случаев являются коморбидными.

Ключевые слова: врожденный порок сердца, декстрокардия, ишемическая болезнь сердца

Введение. Аномалии расположения сердца - один из сложнейших разделов в проблеме врожденных пороков сердца и могут быть следствием как неправильного развития самого сердца, так и влияния экстракардиальных причин [1]. Впервые аномальное расположение сердца в грудной клетке научно описал итальянский анатом и хирург Иероним Фабриций в 1606 году. Марко Аурелио Северино применил термин «декстрокардия» в 1643 году при описании у пациента зеркального расположения внутренних органов. Позже Мэтью Бейли описал транспозицию органов как полный поворот органов грудной и брюшной полости в зеркальном изображении [2,3,4].

В настоящее время под декстрокардией понимают редкую врожденную аномалию развития сердечно-сосудистой системы, при которой сердце расположено в грудной клетке справа, соответственно все входящие и исходящие сосуды сердца расположены зеркально своему обычному положению. С помощью генетических исследований установлено, что декстрокардия ассоциируется с мутацией генов HAND, ZIC3Shh, ACVR2, Pitx2, и доказан аутосомно-рецессивный тип наследования этой патологии. Частота указанных аномалий достигает 1,5-5% среди всех врожденных пороков сердца и, как правило, сочетается с транспозицией магистральных сосудов [3,4,5]. Наиболее распространенными среди них являются правостороннеправорасположенное сердце (изолированная декстрокардия) - 54% и левостороннеправорасположенное сердце («зеркальная декстрокардия») - 33%. В первом случае расположение других органов грудной клетки и топография органов брюшной полости соответствуют физиологической норме, во втором случае отмечают полное обратное расположение внутренних органов (situs inversus) [6,7,8].

При проведении объективного обследования и инструментальной диагностики пациентов с декстрокардией необходим индивидуальный подход, т.к. мы сталкиваемся не только с различными видами местонахождения сердца в грудной клетке, но и взаиморасположением самих камер сердца.

Заподозрить декстрокардию у пациента можно уже при объективном обследовании, а подтвердить - при проведении ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенологическом исследовании органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости.

В литературе мало случаев сочетания декстрокардии с коморбидными кардиологическими пациентами, в связи с этим представляет интерес наша пациентка с ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД).

Пациентка И., 62 лет была госпитализирована в Городской кардиологический центр г.Алматы с жалобами на давящие, сжимающие боли в области сердца справа, длительностью 5-10 минут, усиливающиеся при незначительной физической нагрузке, плохо купируемые нитратами, с иррадиацией в правую подлопаточную область. Также пациентку беспокоила одышка в покое, головные боли и головокружение; кашель с отделением мокроты.

Из анамнеза заболевания со слов больной ИБС в течение нескольких лет. Перенесла инфаркт миокарда в 2014 и 2017 гг, были проведены коронароангиография со стентированием правой коронарной артерии (ПКА) и огибающей ветви (ОВ). Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет 2 типа около 10 лет, максимальное повышение АД до 260/120 мм рт.ст., АД при котором себя чувствует удовлетворительно - 140/90 мм рт.ст. Антигипертензивные и сахароснижающие препараты (сиофор и амарил) принимает регулярно.

Из анамнеза жизни: в 5-летнем возрасте была диагностирована декстрокардия (situs inversus). Хронический пиелонефрит. Вредные привычки отрицает.

При объективном осмотре больная с повышенным питанием: ИМТ-33. Кожа бледная, акроцианоз. ЧДД 20 в мин. Дыхание в нижних отделах ослабленное везикулярное, прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. При пальпации сердца - сердечный толчок располагался в пятом межреберье справа по среднеключичной линии; границы относительной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, прослушивались справа соответственно общепринятым аускультативным точкам, симметрично смещенным на правую половину грудной клетки; ритм правильный. На момент осмотра АД 130/90 мм рт.ст.; ЧСС 62 в минуту. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень расположена у края левой реберной дуги, безболезненна при пальпации. Селезенка пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Диурез свободный, безболезненный. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: Общий анализ крови при поступлении: эритроциты 4,8 млн; Нв 139 г/л; Нт 38%; тромбоциты - 255 тыс; лейкоциты - 9,9 тыс, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 70%, моноциты - 7%, лимфоциты - 19%, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л; мочевина 4,6 ммоль/л; креатинин 48 ммоль/л; глюкоза 14,1 ммоль/л; АЛТ 35 мккат/л; АСТ 28 мккат/л; билирубин общий 14,4 мкмоль/л;

Клиренс креатинина: 151 мл/мин; липидный спектр: холестерин - 6,39 ммоль/л; ЛПВН - 0,96 ммоль/л; ЛПНП - 4,8 ммоль/л; триглицериды - 2,76 ммоль/л; КОА-5,6; Риск ИБС - 5,0;

Гликемический профиль: 08:00-4,8 ммоль/л; 12:00-12,3 ммоль/л; 16:00-8,0 ммоль/л. Гликозирированный гемоглобин: 7,6%.

Общий анализ мочи при поступлении: удельный вес - 1015, реакция кислая, белок 0,066%, плоский эпителий 5-6-7 в п/з, лейкоциты 6-7-8 в п/з, слизь ++.

Рентгенография органов грудной клетки при поступлении (Рисунок 1)

Гемодинамика малого круга кровообращения - застой в малом круге кровообращения с признаками интерстициального отека, гиперволемиа. В легких: 2-х сторонняя нижнедолевая пневмония с выпотом в оба синуса в небольшом количестве. Сег: тень сердца увеличена влево. Аорта: склерозирована, тень дуги аорты умеренно расширена.

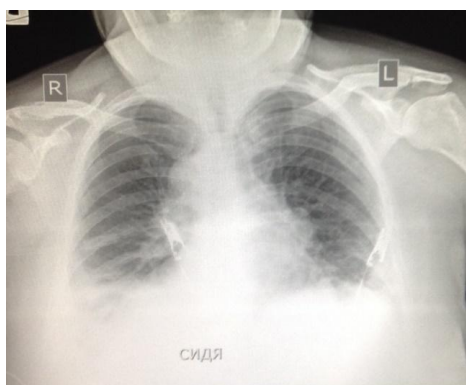


Рисунок 1 - Рентгенограмма органов грудной полости пациентки И., 62 лет с декстрокардией и ИБС при поступлении

ЭКГ при поступлении (Рисунок 2): синусовой ритм, ЧСС 74 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка. Ишемия по нижне-боковой стенке.

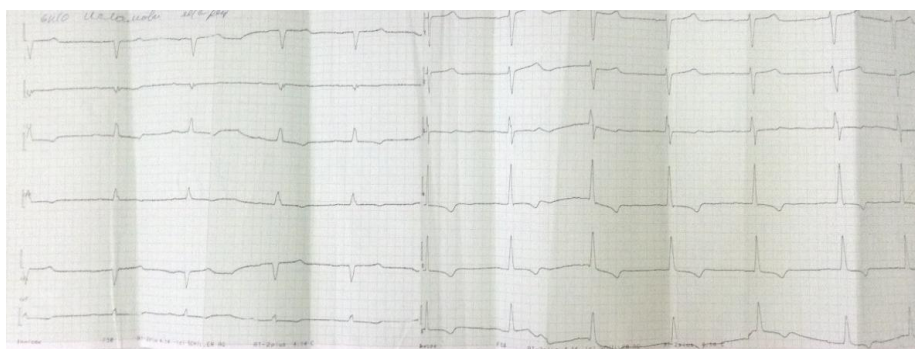


Рисунок 2 - ЭКГ пациентки И., 62 лет с декстрокардией и ИБС при поступлении

ЭХОКГ :ОА – 2,8; ЛП – 4,0; ПЖ 2,9; КДР-5,6; КСР-4,4; ДО- 155; СО –88; УО- 67; ФВ-43%; МЖП – 1,3. Заключение: Декстрокардия. Стенка аорты склерозирована. Створки АК незначительно кальцинированы. Дилатация левого предсердия. Гипертрофия МЖП. Гипо-акинез задней стенки ЛЖ. Гипокинез передне-верхушечного сегмента ЛЖ. Сократительная функция снижена (по Симпсону 40%) и ПЖ в норме.

Диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия Класс IIВ по Браунвальду. Перенесенный инфаркт миокарда от 04.14, 09.14, 04.17. Состояние после стентирования ПКА от 09.14, ОВ 04.17. Декстракардия. ХСН 2А. 3 ФК по NYHA. Артериальная гипертензия III степени, риск 4. Криз от 22.10.17. Внебольничная пневмония нижней доли обоих легких. ДН I. Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация.

Больная получала лечение согласно Протоколу МЗ РК ведения пациентов с нестабильной стенокардией:изомик 0,1% 10,0 в/в капельно, изомик- лонг 20 мг 1т x2раза/сутки, кловикс 75 мг /сутки, астромбин 100 мг / сутки, клексан 0,6п/к x2раза/сутки, ультрокс 20 мг /сутки, бисопролол 2,5 мг/сутки фозиноприл 10мг/сутки, альдарон 100 мг/сутки, цеф III 1грx2раза/сутки, амбро 2,0x2раза/сутки.

За время проведенного лечения в стационаре, состояние пациентки улучшилось. Ангинозные боли и одышка не беспокоили. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. ЧСС 65 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократно, оформленный. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Общий анализ крови при выписке: эритроциты 4,71 млн; Нв 137 г/л; Нт 40,8%; тромбоциты- 174 тыс; лейкоциты- 7,2 тыс, сегментоядерные- 55,5%, моноциты-8,5%, лимфоциты- 30,9%, СОЭ 15 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты 800, эритроциты 400

ЭКГ в динамике(Рисунок 3):синусовой ритм, ЧСС 68 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка. Ишемия по нижне-боковой стенке уменьшилась.

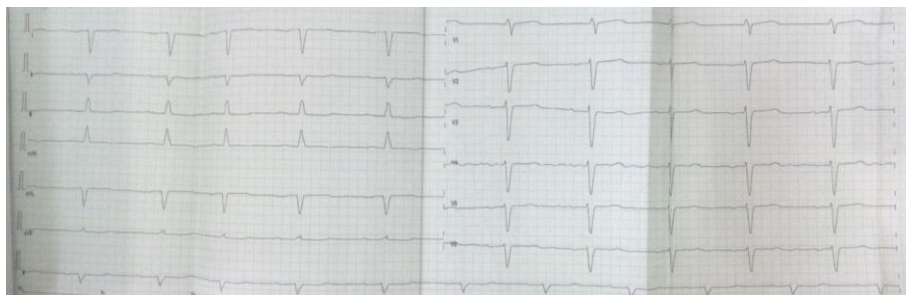


Рисунок 3 - ЭКГ пациентки И., 62 лет с декстрокардией и ИБС в динамике

Рентгенография органов грудной клетки в динамике (Рисунок 4) Гемодинамика малого круга кровообращения – признаки легочной венозной гипертензии 2-1 степени. Умеренная гиперволемиа. В легких: признаки хронического, застойного бронхита. Сог: тень сердца увеличена вправо, интенсивная. Аорта: плотная, тень аорты умерено расширена.

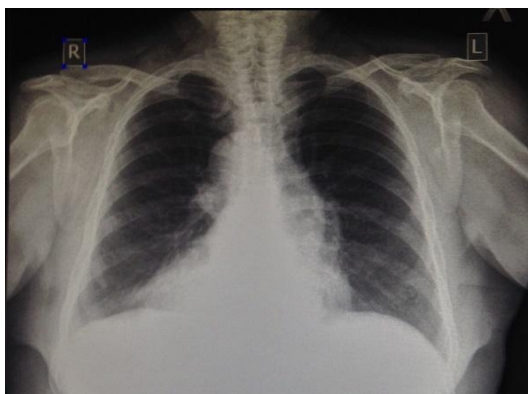


Рисунок 4 - Рентгенограмма органов грудной полости пациентки И., 62 лет в динамике

Пациентка была выписана с улучшением под наблюдение участкового терапевта и кардиолога.

Заключение: Очень часто декстрокардия сочетается с другими пороками сердца, которые могут послужить причиной сердечной недостаточности и соответственно требуют хирургической коррекции. Если при декстрокардии сердца сохранено нормальное направление тока крови в сосудах и камерах сердца, то данная аномалия сердца лечения не требует. Обычно качество жизни таких пациентов не страдает. У нашей пациентки не было диагностировано других врожденных пороков сердца, поэтому лечение сопутствующей патологии, имеющейся у больной, было соответственно таким же, как и при нормальном положении сердца.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гайназарова А.С., Ибрагимова Т. М. Клинический случай сочетания декстрокардии и нарушений ритма // Вестник КГМА им.И.К.Ахунбаева. – 2016. - №4. - С. 35-37.
- 2 Gutgesell H.P. Cardiac malposition and heterotaxy // Science and Practice of Pediatric Cardiology. 2nd ed. Baltimore. - Md: Williams & Wilkins, 1998. – Vol. 2. – P. 1539-1561.
- 3 Белозеров Ю.М. Детская кардиология. - М.: МЕДпрессинформ, 2004. — 600 с.
- 4 Меркулов Е.В., Миронов В.М., Самко А.Н. Коронарная ангиография, вентрикулография, шунтография. — М.: МедиаМедика, 2011. - 100 с.
- 5 Lee S.E., Kim H.Y., Jung S.E. et al. Situs anomalies and gastrointestinal abnormalities // J Pediatr Surg. - 2006. - №41(7). – P. 1237-1242.
- 6 Maldjian P.D., Saric M. Approach to dextrocardia in adults: review // AJR Am J Roentgenol. - 2007. - №188, suppl. 6. – P. 39-49.
- 7 Fung T.Y., Chan D.L., Leung T.N. et al. Dextrocardia in pregnancy: 20 years' experience // J Reprod Med. – 2006. - №51(7). – P. 573-577.
- 8 В.Н. Коваленко Руководство по кардиологии. – К.: Морион, 2008. – 922 с.

Д.А. Капсултанова, Д.А. Ахментяева, Г.Б. Ползик, Абдул Маджид Рахими, Б.Г. Тулегенова,
Ж.М. Алдабекова, А.Т. Алпарова

ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТЫҢ ДЕКСТРОКАРДИЯ БОЙЫНША КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Берілген клиникалық жағдай жүрек ақаулары мен жүректің ишемиялық ауруының сирек кездесетін үйлесуі ретінде кардиолог-дәрігерлерге қызықты тақырып болып табылады. Декстрокардияның басқа туабыткен экстра және интракардиялық ақауларымен үйлесуі көптеген жағдайда қосалқы аурулар бола отырып, кардиологиялық науқастардың емінің болжамының нашарлауына септігін тигізеді.

Түйінді сөздер: туабыткен жүрек ақауы, декстрокардия, жүректің ишемиялық ауруы

D.A. Kapsultanova, D.A. Ahmmentyeva, G.B. Polzik, Abdul MajidRahimi, B.G. Tulegenova.
Zh.M. Aldabekova, A.T. Alparova

CLINICAL CASE OF DEXTROCARDIA PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Resume: This Clinical CASE is the interest for cardiologists as a rare combination of heart abnormalities and coronary heart disease. The combination of dextrocardia with other congenital extra- or intra-cordial abnormalities can significantly worsen the treatment prognosis of cardiac patients, who in most cases are comorbid.

Keywords: congenital heart disease, dextrocardia, ischemic HEART DISEASE