

Сальникова Л.А., Балина В.А., Крашенинин Д.В., Сафиуллина З.М.

Случай ИБС у пациента с изолированной декстрокардией

ГБОУ ВПО ТюмГМУ Минздрава России, ГБУЗ «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень

Salnikova L.A., Balina V.A., Krashenin D.V., Safiullina Z.M.

The case of coronary artery disease in a patient with isolated dextrocardia

Резюме

В статье приводится клинический случай ИБС у пациента с декстрокардией. Описываются особенности клинического течения и диагностики ИБС, связанные с декстракардией.

Ключевые слова: ИБС, изолированная декстрокардия

Summary

The article presents a clinical case of coronary artery disease in patient with dextrocardia. The article describes the clinical features and diagnosis of coronary heart disease associated with dextrocardia.

Key words: coronary artery disease, dextrocardia

Введение

Впервые декстрокардию описал итальянский хирург, анатом Марко Аузеллио Северино в 1643 году. Декстрокардия (от латинского и греческого «dexter», «kardia») – аномалия развития (дистопия), характеризующаяся расположением большей части сердца в грудной клетке вправо от срединной линии тела. Декстрокардия является относительно редким заболеванием, которое встречается с частотой 1/8000 – 1/25 000 новорожденных, её частота среди лиц обоего пола приблизительно одинакова. Среди всех врожденных патологий сердечно-сосудистой системы декстрокардия составляет около 3%. Различают неизолированную декстрокардию («*situs viscerum inversus totalis*») при полном обратном расположении внутренних органов и изолированную, характеризующуюся обычным положением желудка, печени, селезенки. Среди изолированных декстрокардий выделяют форму с инверсией предсердий и желудочков (синонимы: зеркальная, истинная, неосложненная декстрокардия) и без инверсии полостей сердца (синонимы: декстрверсия, декстроторзия, декстроротация сердца, осевая декстрокардия). Декстрокардия формируется в первые недели внутриутробного развития. Причины возникновения врожденной дистопии неизвестны, но, предположительно, она может быть следствием генных мутаций или инфекций, перенесенных во время беременности. Изолированная декстрокардия встречается редко. По данным ряда авторов, лишь в 12 из 1000 случаев декстрокардии не отмечалось обратного расположения внутренних органов.

Приводим случай ИБС у пациента с изолированной декстрокардией.

Больной С., 59 лет, поступил в специализированную кардиологическую клинику в плановом порядке с жалобами на боли давящего характера в правой половине грудной клетки и одышку при выполнении умеренной физической нагрузки, а также эпизоды неритмичного сердцебиения.

Со слов пациента, декстрокардия впервые была выявлена в возрасте десяти лет при проведении рентгенографии грудной клетки. Среди кровных родственников случаев врожденных аномалий не было. Рос и развивался соответственно возрасту. Длительный «стаж» курения. В течение последних 10 лет отмечал повышение АД на правой руке с максимальным уровнем 220/100 мм рт. ст. При этом АД на левой руке, как правило, не поднималось выше 140/90 мм рт. ст. ИБС манифестировала в возрасте 57 лет острым инфарктом миокарда. С этого же времени отмечал приступы стенокардии напряжения.

При госпитализации состояние удовлетворительное. Визуальных изменений в области сердца не было. Верхушечный толчок был локализован в V межреберье на 1 см кнутри от правой срединно-ключичной линии. Границы сердца были не расширены. Ритм сердечной деятельности был правильным с частотой сердечных сокращений 90 в 1 мин. АД на правом плече 190/110 мм рт. ст., на левом – 130/80 мм рт. ст.

ЭКГ, снятая в стандартных отведениях, характеризовалась противоположной направленностью основных зубцов, зубец R в I стандартном отведении был отрицательным, отсутствовало нарастание зубцов R в грудных отведениях (Рисунок 1). ЭКГ с корректным для данного случая наложением электродов представлена на Рисунке 2.

По данным суточного мониторирования ЭКГ отмечалась редкая предсердная экстрасистолия. На рентгенограмме органов грудной клетки отчетливая декстрокардия (Рисунок 3). При ультразвуковом исследовании правостороннее праворасположенное сердце. Основание аорты

составляло 24 мм, восходящей аорты – 30 мм. Клапанной патологии не отмечалось, толщина межжелудочковой перегородки составляла 9 мм, задней стенки левого желудочка – 8 мм. Размеры камер сердца соответствовали нормальным величинам, фракция выброса левого желудочка составляла

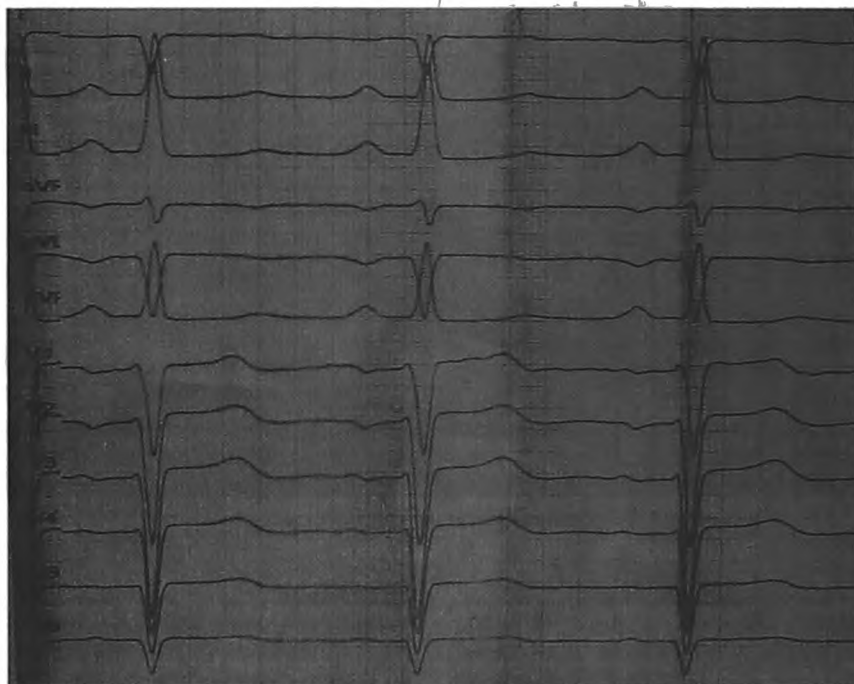


Рисунок 1. ЭКГ больного С. со стандартным расположением электродов.

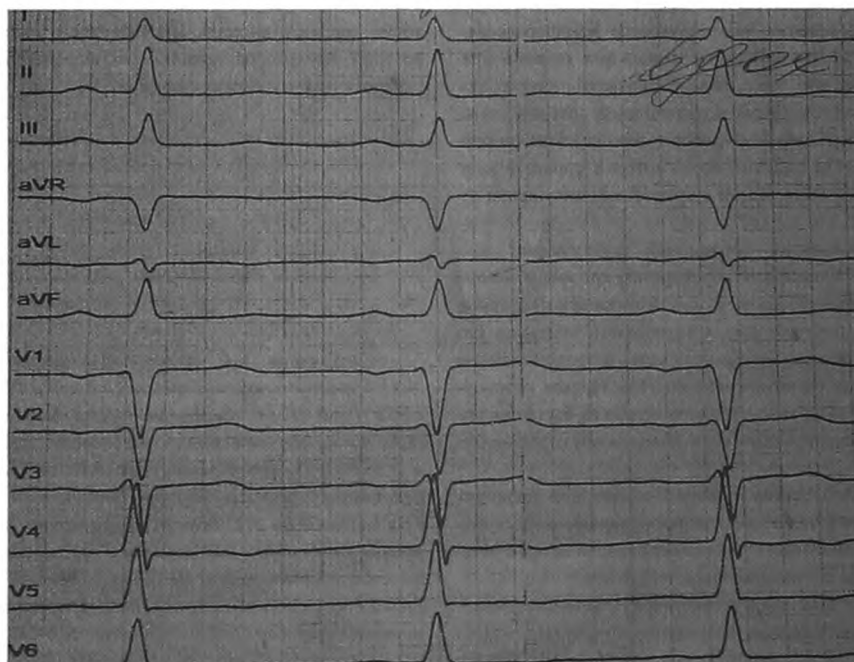


Рисунок 2. ЭКГ больного С. с корректным для случая расположением электродов.

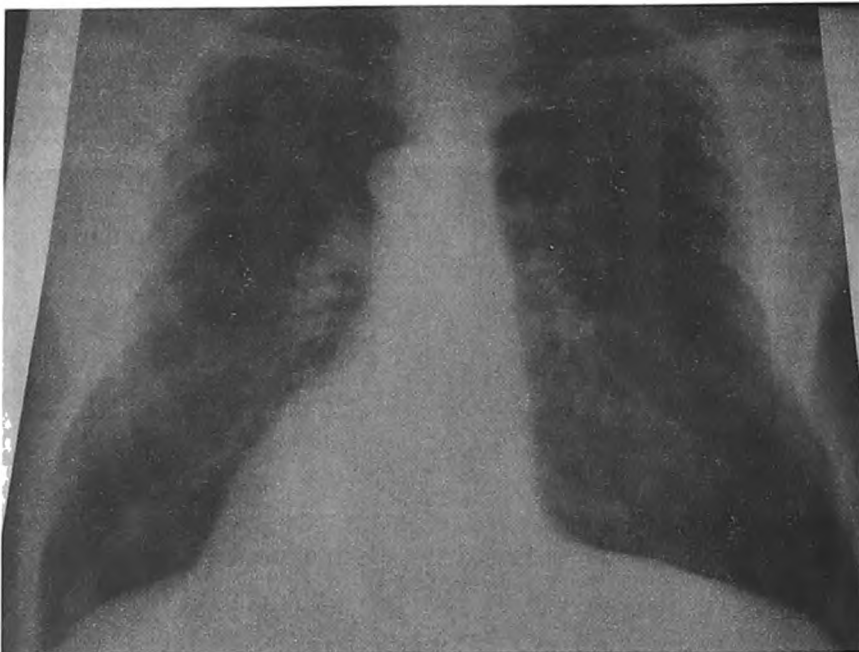


Рисунок 3. Рентгенограмма органов грудной клетки больного С.

58%, зон с локальными нарушениями сократительной функции миокарда левого желудочка не выявлялось. По данным ультразвуковой локализации органов брюшной полости печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка, почки были расположены типично. Патологических структурных изменений внутренних органов не отмечалось.

При проведении ультразвукового доплерографического исследования экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов выявлены признаки атеросклероза. Отмечалась окклюзия подключичной артерии слева. Множественные стенозы сонных артерий с обеих сторон. Нарушения хода подключичной артерии справа в виде петлеобразной деформации с признаками нарушения гемодинамики.

По результатам коронарной ангиографии декстрокardia. Правый тип коронарного кровоснабжения. Передняя нисходящая ветвь левой коронарной артерии на всем протяжении имела неровность контуров без значимых стенозов. Огибающая ветвь в проксимальном сегменте была стенозирована до 75%. Правая коронарная артерия на уровне среднего сегмента была окклюзирована с ретроградным восстановлением коронарного кровотока.

С учётом клиники и данных коронарной ангиографии проведено успешное интракоронарное вмешательство в проксимальном сегменте огибающей ветви с установкой стента с лекарственным покрытием.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Приступов стенокардии напряжения не отмечал. АД на правой руке 140/90 мм рт. ст., на левой руке 120/80 мм рт. ст.

Заключение

Диагностика ИБС при декстрокardia может быть затруднена атипичной локализацией болевого синдрома, сложными для интерпретации (особенно в неотложных ситуациях) изменениями стандартной ЭКГ. Особенностью данного случая было сочетание врожденной дистопии сердца с аномальным развитием подключичных артерий, предрасполагавших к их выраженному атеросклеротическому поражению. ■

Сальникова Л.А., ординатор кафедры кардиологии с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ППС ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России, Тюмень; Балина В.А., к.м.н., зав. отделением кардиологии №2 ГБУЗ ТО «ОКБ» №1, Тюмень; Крашенинин Д.В., зав. отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ ТО «ОКБ» №1, Тюмень; Сафиуллина З.М., д.м.н., профессор кафедры кардиологии с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ППС ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России, Тюмень. Автор, ответственный за переписку: Сальникова Лилия Андреевна, 625025, г. Тюмень, ул. Рижская 47-12, тел. +79199492985, liliyasalnikova@rambler.ru

Литература:

1. Анатомия человека. 2-е изд., перераб. и доп./Под ред. М. Р. Сапина. М.: Медицина, 1991. Т. 1. 466 с.
2. Анатомия человека. 8-е изд., перераб. и доп./Под ред. М. Г. Привеса. М.: Медицина, 1974. 300 с.
3. Большая медицинская энциклопедия: 3-е изд./Гл. ред. Б. В. Петровский. М.: Советская энциклопедия, 1985. Т. 25. 217 с.
4. Впервые выявленная декстрокardia и сопряженные сложности диагностики в условиях реанимационного отделения Сыров А. В. М.: Т. 11 Номер: 6 Год: 2013 Страницы: 22-23
5. Гератология человека. Руководство для врачей. Под ред. Г.И. Лазюка. Изд. Медицина. Москва 1991 г.
6. Ресурсы Интернета: <http://medicina.ua/diagnosdiseases/diseases/640/6257/>, http://cardio-life.ru/za_bolevaniya_serdca/dekstrocardia.html, <http://dommedika.com/cardiology/16.html>.