

УДК 616.12

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: «ЗАМИРАЮЩЕЕ СЕРДЦЕ»

Н. Ю. Васильев

СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 102», Россия

CLINICAL CASE “FLUTTERING HEART”

N. Y. Vasilyev

Outpatients' clinic № 102, St. Petersburg, Russia

© Н. Ю. Васильев, 2012 г.

Фибрилляция предсердий — заболевание, довольно часто встречающееся в практике семейного врача, которое требует не только знания принципов лечения, но, в первую очередь, определения и устранения причин. Представлен пример успешного выявления и лечения синдрома тиреотоксикоза как истинной причины фибрилляции предсердий. Сложность ситуации заключалась в том, что у больной было несколько возможных причин для развития фибрилляции предсердий. Правильное лечение с учетом этиологии позволило купировать симптомы, улучшить самочувствие пациентки, подобрать оптимальную лекарственную терапию, а главное, предупредить как жизнеопасные осложнения фибрилляции предсердий, так и нежелательные эффекты лекарственной терапии.

Клинический случай

Больная Б., 64 года, последние 5 лет предъявляла жалобы на перебои и боль в кардиальной области, потливость, учащенное сердцебиение, слабость преимущественно утром, эпизоды повышения температуры тела без явных на то причин, одышку, неприятные ощущения в глазах, слезотечение, колебания АД с повышением до 180/100 мм рт. ст.

В анамнезе хроническая ревматическая болезнь сердца, комбинированный митральный

порок. Ревматическое поражение коленных суставов с 1961 года. Артериальная гипертензия 3-й степени риск 4. Хроническая сердечная недостаточность 2 ФК по НУНА. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит.

С 2007 г. наблюдается у терапевта, консультирована эндокринологом по поводу гипергликемии натощак (6,2 ммоль/л). В дальнейшем пациентка обращалась и лечилась от ОРВИ. В 2009 г. обнаружена опухоль прямой кишки, выполнена резекция опухоли и проведен курс химиотерапии. Также с 2009 г. эндокринологом установлен диагноз: сахарный диабет 2 типа (уровень глюкозы при осмотре 11,2 ммоль/л). Назначена постоянная гипогликемическая терапия, в связи с чем больную регулярно наблюдал эндокринолог. На ЭКГ, зарегистрированных в тот период, установлен синусовый ритм.

Впервые к семейному врачу обратилась в сентябре 2010 г. Больную беспокоило ухудшение самочувствия, усиление сердцебиения, чувство замирания и перебоев в сердце, сжимающие боли за грудиной без иррадиации, головная боль, повышение АД до 180/90 мм рт. ст. После клинического и инструментального обследования установлен диагноз: пароксизмальная форма мерцательной аритмии, впервые выявленная, пароксизм фибрилляции предсердий 21.09.10 г. (рис. 1).

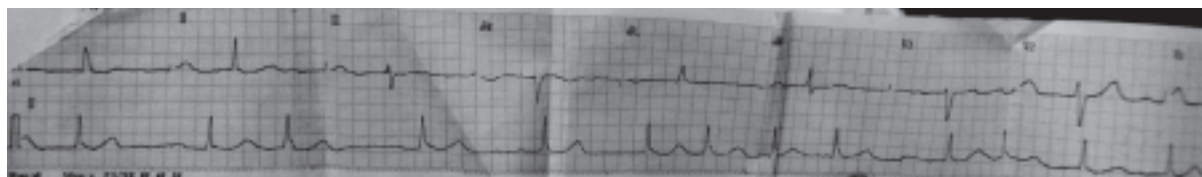


Рисунок 1. ЭКГ пациентки при осмотре; мерцание предсердий

Больная была экстренно госпитализирована в городскую больницу, где приступ был купирован в течение первых суток, и выписана через 8 дней.

В стационаре выполнены клинический и биохимический анализы крови, включая маркеры

активности ревматического процесса, общий анализ мочи, эхокардиограмма, консультация эндокринолога.

Диагноз при выписке: Гипертоническая болезнь 3-й стадии, риск 4. Хроническая ревматическая болезнь сердца, комбинированный ми-

тральный порок. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, пароксизм фибрилляции предсердий от 21.09.10 г., купирован 22.09.10 г. Осложнения: ХСН 2 функционального класса по NYHA. Сопутствующие диагнозы: Сахарный диабет 2-го типа субкомпенсированный. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Состояние после резекция прямой кишки (Cr 2009 г.). Назначено антигипертензивное, дезагрегантное и гипогликемическое лечение.

После стационарного лечения семейный врач, проанализировав данные анамнеза (эпизоды субфебрилитета, слабость, потливость), клинических и лабораторных исследований, а также возможность развития тиреотоксикоза без увеличения щитовидной железы и узловых образований [3, 4], заподозрил синдром тиреотоксикоза. Учитывая клинические рекомендации, которые предлагают последовательно исключать все возможные причины фибрилляции предсердий, пациентка была направлена на исследование содержания гормонов щитовидной железы в крови.

Однако до получения результатов больная была вновь госпитализирована, так как, несмотря на проводимое лечение, через 8 дней она снова почувствовала ухудшение самочувствия, сердцебиение и слабость. Врачом неотложной помощи была госпитализирована в другой стационар, где повторили обследование и выписали через 14 дней с прежним диагнозом.

После выписки были получены результаты анализов крови: ТТГ — 0,04 мЕд/л (норма 0,17–

4,05), T_3 — 2,7 нмоль/л (норма 1,2–2,8 нмоль/л), T_4 — 158 нмоль/л (норма 60–160 нмоль/л), антитела к тиреоглобулину — 13 Ед. (норма 0–100 Ед.), антитела к тиреоидной пероксидазе — 22 Ед. (норма 0–30 Ед.). С учетом полученных данных был установлен окончательный диагноз: Токсический зоб. Манифестный тиреотоксикоз. Сопутствующие заболевания: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митральный порок. Гипертоническая болезнь 3-й стадии, артериальная гипертензия 3-й степени, риск 4. Сахарный диабет 2-го типа, субкомпенсированный. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Состояние после резекция прямой кишки (Cr 2009 г.). Осложнения основного заболевания: пароксизмальная форма мерцательной аритмии. ХСН 2 ФК по NYHA.

Больной было назначено следующее лечение:

1. Мерказолил 5 мг 3 раза в день в течение 7 дней, затем поддерживающая доза 5 мг 2 раза в день постоянно.

2. Соталол 40 мг 2 раза в день.

3. Ко-ренитек 1 таб. 1 раз в день.

4. Дигоксин 250 мкг 1 раз в день.

5. Глибомет 1 таб. 2 раза в день.

В результате лечения удалось достичь клинически значимого улучшения. Приступы фибрилляции не повторялись на протяжении последующих 5 месяцев наблюдения (рис. 2).

За это время больная не предъявляла жалоб на перебои и боли в сердце, отмечалось улучшение общего самочувствия, стабилизация АД на

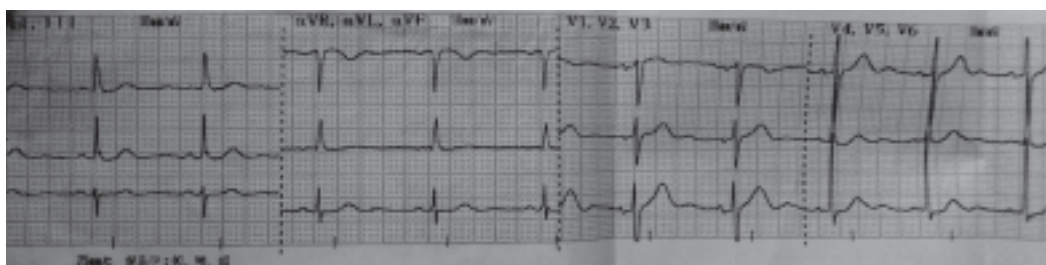


Рисунок 2. ЭКГ через 5 месяцев; сохраняется синусовый ритм

уровне 120–130/80–90 мм рт. ст., уменьшение одышки и слабости. Достигнуто состояние эутиреоза, что подтверждено лабораторными данными. Результаты анализов через 1 месяц: ТТГ — 1,5 мЕд/л (норма 0,17–4,05), свободный T_3 — 4,7 (норма 2,5–5,8 пмоль/л), свободный T_4 — 17,3 (норма 11,25–23 нмоль/л).

Через 4 месяца сохранялся достигнутый результат: ТТГ — 0,3 мЕд/л, свободный T_3 — 4,7; свободный T_4 — 21,3.

Заключение. В данном случае примечательно, что никто из специалистов не заподозрил у больной тиреотоксикоз, хотя больную амбулаторно наблюдал эндокринолог, и дважды в ста-

ционаре она была также консультирована эндокринологом. Это можно объяснить тем, что у пожилых больных тиреотоксикоз нередко протекает со смазанной клинической картиной, проявляясь только нарушением сердечного ритма. Поскольку пациентка к тому же имела веские причины для развития фибрилляции предсердий — ревматическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, врачи не стали исключать другие причины. Данный случай убеждает нас в том, что врачам разных специальностей необходимо чаще заглядывать в научно обоснованные клинические рекомендации, не всегда полагаясь на свой опыт.

Литература

1. *Российское медицинское общество по артериальной гипертензии. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий 2008 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* — 2008. — № 7(6). — Прил. 2. — С. 480.
2. *Рудакова А. В.* Выбор антиаритмических препаратов при фибрилляции предсердий: данные доказательной медицины. — СПб.: ФАРМиндекс-Практик, 2006. — № 10. — С. 29–36.
3. *Клинические рекомендации по эндокринологии. Синдром тиреотоксикоза.* М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — С. 25–30.
4. *Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В.* Эндокринология (учебник для студентов медицинских вузов). — М.: Медицина, 2000. — С. 120–125.

Автор:

Васильев Николай Юрьевич — врач общей практики ОВОП № 2 СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 102»

Адрес для контакта: рабочий телефон: +7(812) 300-99-65, электронная почта: wwjd2000@mail.ru