

Дополнительный Прием Предуктала Mr У Пациентов С Острой И Хронической Сердечной Недостаточности

1. Сайдалиев Р. С.
2. Ходжанова Ш. И.
3. Жуманазаров С. Б.
4. Мирзаева Г. Ф.

Received 2nd Nov 2022,
Accepted 3rd Dec 2022,
Online 24th Jan 2023

^{1,2,3,4} ТАШКЕНТСКАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Аннотация: Женщина Набиева С в возрасте 73 лет страдает в течение 9 лет гипертонической болезнью, максимальное повышение АД 180/100 при адаптированном 140/80. В течение 5 лет страдает сахарным диабетом. Ухудшение состояния в ночь на 16.11.2021г, когда появились сильные боли за грудиной жгучего характера, покрылась холодным потом, вызвана скорая мед помощь и доставлена в РНЦЭМП. Больная госпитализирована в отд кардиореанимации..

Ключевые слова: Предуктал MR., ИБС, Коронароангиография, ЭхоКГ.

Результаты ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 88. Признаки острого нарушения коронарного кровообращения, в виде патологического зубца Q и элевации сегмента STдо 5-6мм. (подъем STв отведениях Y1. Y2. Y3. Y4. Y5.Y6).

Выставлен клинический диагноз: ИБС. ОИМ с зубцом Q по передне-перегородочной с охватом боковой стенки ЛЖ от 17.11.2021г.

Гипертоническая болезнь III .

Фон: Сахарный диабет II типа, средне тяжелое течение, в стадии субкомпенсации. Диабетическая микро и макроангиопатия .

Осл:ОСНК II класс по Killip. Острая аневризма левого желудочка. Тромб левого желудочка.

Проведено стандартное лечение. Получила ингибиторы АПФ, бетаблокаторы, антикоагулянты, статины, нитраты и два антиагрегантных препарата .

Из протокола Коронароангиографии+ ТЛБАП+ стентирование :

Ствол ЛКА без стенозов, ПМЖА представлена сосудом среднего калибра , оккулизована в среднем сегменте , далее дистальный сегмент не визуализируется . ОА – среднего калибра , стеноз в проксимальном сегменте до 60%. ЗМЖВ без стенозов . Правый тип коронарного кровоснабжения . Далее с помощью диагностического тefлонового проводника 035x150(бл) установлен проводниковый катетер интубация которым была хорошей. Далее через оккулизованный сегмент в дистальную часть ПМЖА коронарный проводник РТСА тип

0,014/175 (F)Rider(бл). После чего, в средней сегмент ПМЖА баллонный катетер «Frederyk» Balton размером 2,0x20мм(бл) Произведена дилатация под давлением 14 атм Остаточные стенозы 75%. Далее средней сегмент ПМЖА установлен коронарный стент (COFLEXUS) размером 2.75x18 мм (бл) Произведена под давлением 18 атм . При контрольной КАГ отмечается в среднем сегменте 80%. Далее средний сегмент ПМЖА чуть выше имплантированного сегмента проведен и установлен коронарный стент(COFLEXUS) 2.75x12 мм(бл). Проведен под давлением 18 атм. Остаточный стеноз 0%. Кровоток удовлетворительный по ТИМІ ІІІ.Выписана домой с рекомендациями аторис в дозе 10 мг в сутки , моносан 20мг в сутки, бисепролол 5 мг в сутки, престариум 5мг в сутки , сиофор 850мг в сутки, торсид 10 мг в неделю 2 раза утром. Варфарин 2,5 мг в сутки. Больная 9.12.2021г повторно госпитализирована в РНЦЭМП.в отделение ОНК№2.с диагнозом:

ИБС. ОИМ с зубцом Q по передне-перегородочной с охватом боковой стенки ЛЖ от 17.11.2021г.ПМЖА оккрузия в среднем сегменте ВТК : стеноз устья 80% ПКА: стеноз в проксимальном сегменте 60%. СП стентирование ПМЖА от 20.11.2021г. Гипертоническая болезнь ІІІ .

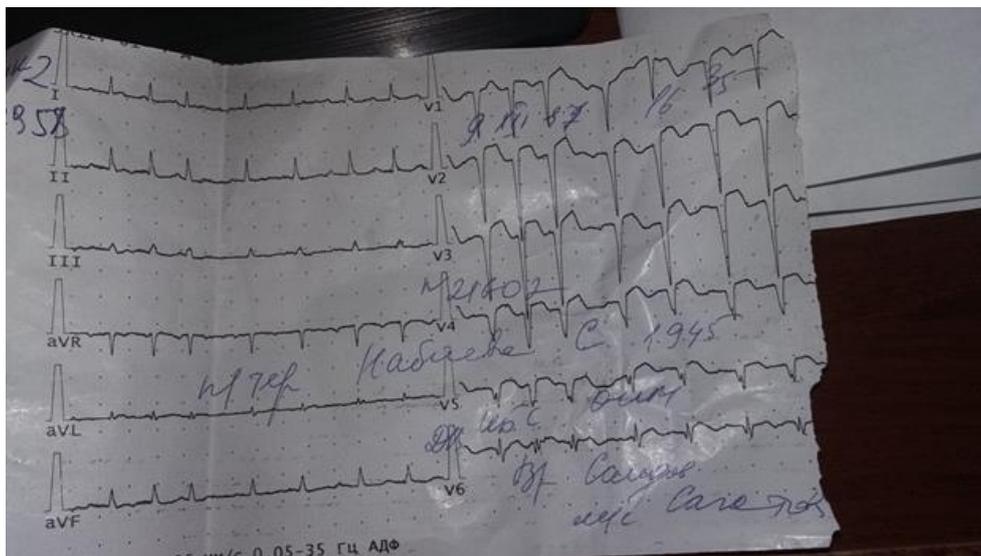
Фон: Сахарный диабет ІІ типа средне тяжелое течение, в стадии декомпенсации. Диабетическая микро- макроангиопатия .

Осл:НКІІБ. Сердечная астма. Двухсторонний гидроторакс.

Аневризма левого желудочка

Больная поступила с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, боли в области сердца сжимающего характера, отеки на ногах, бедрах, уменьшение диуреза. Объективно: Общее состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Кожные покровы и видимые слизистые бледнорозовой окраски. В легких перкуторно с двух сторон начиная с угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно с двух сторон резко ослабленное дыхание в нижних отделах дыхание не проводится Сердце тоны приглушены, систолический шум на верхушке, мерцательная аритмия . ЧСС 100-140 в мин. АД 150/95. Живот мягкий увеличен за счет асцитической жидкости . Печень и селезенка непальпировались за счет асцитической жидкости. Стул склонен к запору. Диурез уменьшен, около 1 литра на фоне мочегонных препаратов.

На ЭКГ :ритм мерцательный ЧСС 90-140 уд в мин Признаки коронарной недостаточности передне перегородочной, верхушки и боковой стенки ЛЖ.



Рентгенография грудной клетки : Двухсторонний гидроторакс.

ЭхоКГ: КДР 5,7 , КСР 4,4, ПЖ 2,4, ЛП 4,0МЖП 1,033СЛЖ 0,94 Акинез в среднем и апикальном сегменте переднеперегородочной, верхушки ЛЖ , где определяется гипоехогенное образование размером 2,2x1,0см КДО 160, КСО 90, ВФ 43%

Заключение: Снижение общей сократимости ЛЖ. Дилатация левых отделов сердца. Нарушение регионарной сократимости ЛЖ

Больная получила стационарное лечение в течение 8 дней. Получила лечение гепарином, бисепрололом, фуросемидом, торсидом, бензоприлилом, симвостатином, клопидигрелом, Предуктал MR35 мг х2 раза в день аспирином, аскорбиновая кислота, натрий бикорбонат 4% 200в/в кап, глюкоза 5%, калий хлор, 4% 20.0 актропидом. Состояние после проведенного лечения улучшилось. Разрешилось сердечная астма. По настоянию больной, выписана домой, с рекомендациями : торсид 2 таб утром, фуросемид 40 мг 1 табх2 раза в день, гипотиазид 100 мг в день, панангин 1 табх3 раза в день, варфарин 2,5 мг в день, К терапии был добавлен Предуктал MR35 мг х2 раза в день На фоне его приема было отмечено улучшение симптоматики . В динамике состояние больной улучшилось. Уменьшилась отдышка, отеки на ногах, бедрах и брюшной стенке. Сердечные тоны приглушены, мерцательная аритмия ЧСС 74 уд мин.А/Д 120/80. В легких ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон. Живот мягкий безболезненный . Печень + 2 см .Селезенка не увеличена. Стул и диурез регулярный.

На следующей неделе болей в грудной клетке у пациентки значительно уменьшилось. При повторной явке больной отмечалось уменьшение боли в области сердца, отдышка, и улучшение самочувствия

По литературным данным получавших Предуктал MR в дополнение к оптимальной терапии, не только значительно снижается количество приступов стенокардии и потребность в нитроглицерине, но и достоверно возрастает ФВ, а самое главное – отмечено снижение смертности. Представляется особенно важным, что у пациентов с ишемической болезнью сердца со сниженной ФВ левого желудочка, дополнительно получавших Предуктал MR, при двух летнем наблюдении была отмечена 10% смертность. А в группе больных, получавших оптимальную терапию, но без Предуктала MR, смертность за этот же период составила около 40%. Разница в 30% – это очень много. Другими словами, было показано, что препарат позитивно влияет на течение сердечной недостаточности и как следствие снижает смертность при этом тяжелом осложнении ИБС. Данный клинический случай показывает особое преимущество Предуктала MR пациентов ИБС сахарным диабетом и стенокардией, которых не так просто лечить в связи с многочисленными поражениями коронарных артерий и диффузной ишемией миокарда.

Литература:

1. ACCF|ANA| Guidelinefor Percutaneous Coronary intervention Circuation December -2001; y 584.
2. Bonello Ltal. Heart.2007; 93:73-707,
3. Jskesen et Herat surg Forum 2009 : 12(3):E175-179.
4. Lopatin VM etfl. Eoropfn Heart. Jornfl.2011;32 (abstract suppl):569.
5. Клиническая фармакология и фармакотерапи . Ю.Б. Белоусов, В.С . Моисеев, В.К. Лепяхин 1993.
6. Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Оганов Р.Г. КВТиП. 2010;

7. *Lyengar S, Rosano G. Am J Cardiovasc Drugs. 2009; 9 (5): 293–7*
8. *Маколкин В.И. и др. Кардиология ТРИУМФ. 2003; 6:18–22*
9. *Оганов Р.Г., Глезер М.Г. и др. Кардиология. 2007; 3: 4–13*
10. К.М.Н. Сайдалиев Р.С.

