



Клинические случаи

ПОДГОТОВИЛА СТУДЕНТКА 5 КУРСА

ПАХАРЬКОВА ТАТЬЯНА

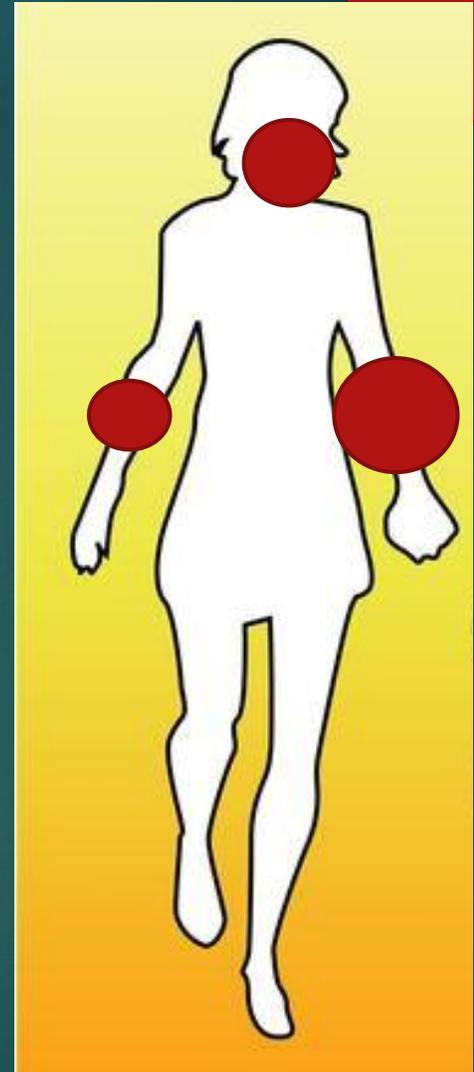
Случай №1

Женщина 27 лет

В инфекционную клинику обратилась девушка с 5 месячной историей то появляющихся, то пропадающих кожных поражений. Простудные заболевания. Также у пациентки дефицит внимания.

Известно, что она студентка выпускного курса, путешествует по миру. 11 месяцев назад вернулась из Марокко, где каталась на верблюде, Тайланде, где кормила слона, плавала в бассейне с морской рыбой, посещала ферму, где имела контакт с животными и Южной Кореи. 2 месяца назад вернулась из Иордании.

Отец пациентки страдает сахарным диабетом, а у матери артериальная гипертензия и ревматизм.



При физикальном обследовании

Температура тела 36,5°C

Артериальное давление 90/52 мм рт.ст.

Частота сердечных сокращений 66 в минуту

Частота дыхательных движений 16 в минуту

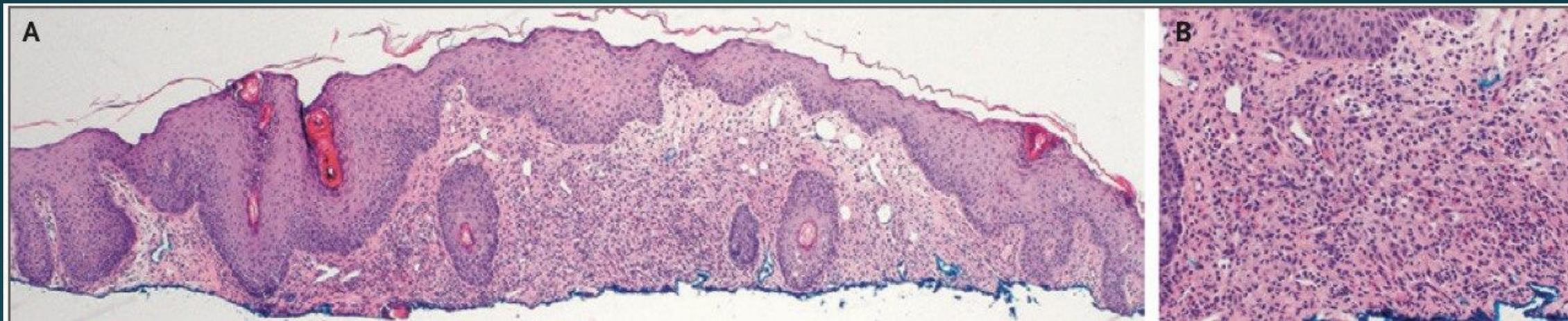
Сатурация 99%

ИМТ 24,9

На левой стороне подбородка 2 см эритема с атрофической бляшкой

На правом и левом предплечьях 5 см хорошо разграниченные атрофические бляшки без отделяемого

	При первичном обращении	Через 4 недели
Гематокрит(%)	34,5	31(34-37)
Гемоглобин(г/дл)	10,8	9,5(12-16)
Лейкоциты(в мм ³)	11,9	8,8(4000-11000)
Нейтрофилы(%)	73,3	56,6(45-73)
Лимфоциты(%)	17,3	33,6(25-50)
Моноциты(%)	6,4	6,4(1-10)
Эозинофилы(%)	2,2	2,5(1-3)
Базофилы(%)	0,8	0,7(0-2)
Тромбоциты(в мм³)	641,000	685,000(150,000-400,000)
Средний объем эритроцитов(фл)	80,3	79,2(80-100)
Щелочная фосфатаза (Ед/л)	183	244(20-125)
печеночная	157(0-90)	



Образец кожной биопсии с левой стороны подбородка

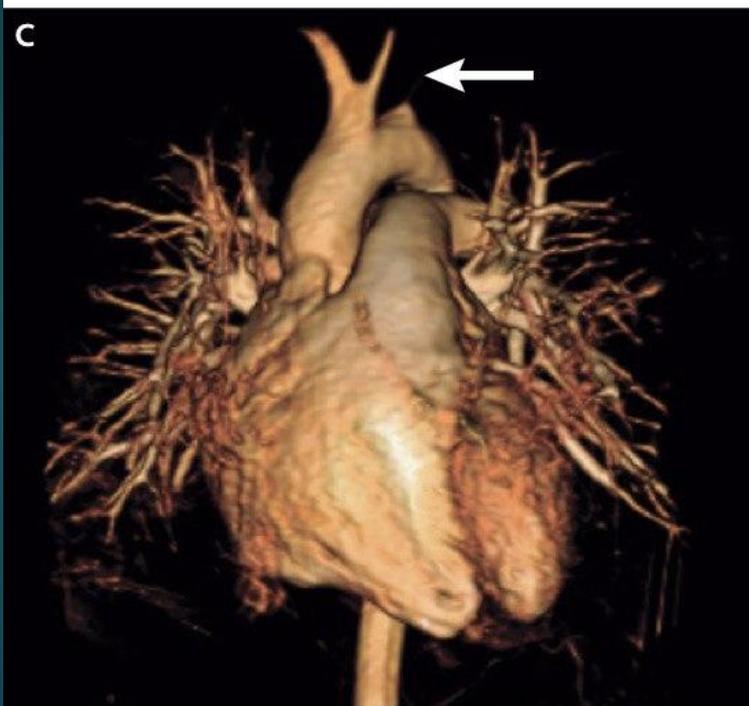
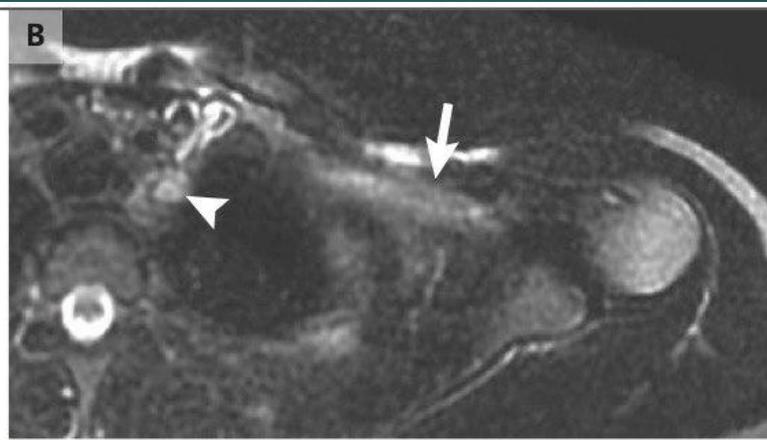
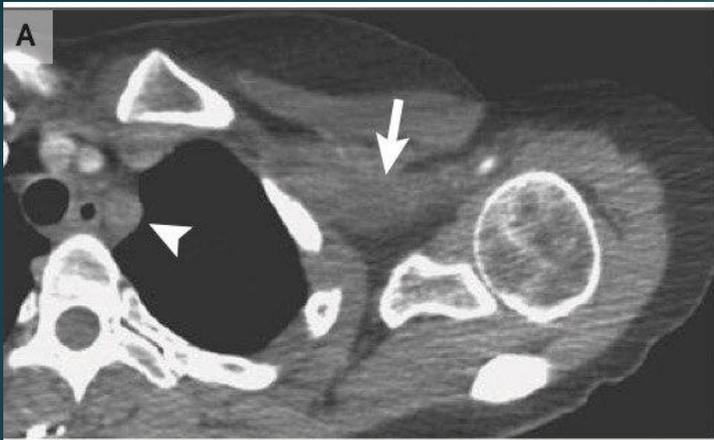
Гематоксилин и эозин. Гранулематозная инфильтрация на поверхности дермы (А)
Большее увеличение: беспорядочное расположение нейтрофилов, эозинофилов,
гигантских клеток (В)

	Референсные значения	Через 4 недели
Bartonella henselae antibodies IgG, IgM	<1:128<1:20	<1:128<1:20
Bartonella quintana antibodies IgG, IgM	<1:128<1:20	<1:128<1:20
Brucella IgG IgM antibodies	Negative	Negative
Coxiella burnetii IgG IgM antibodies	<1:16	<1:16
Chlamidia pneumonia IgG IgM antibodies	<1:64<1:10	<1:64<1:10
Chlamidia psittaci IgG IgM antibodies	<1:64<1:10	<1:64<1:10
Coccidioides immitis antibodies	Negative	Negative
Cryptococcal blood antigen	Negative	Negative
Histoplasma capsulum antigen	Negative	Negative
Francisella tularensis antibodies	<1:20	<1:20

HBs-Ag отрицательный, AntiHBcor-IgG отрицательный, HIV(1 и 2 типа) отрицательный, электролиты, глюкоза, СКФ в норме

- ▶ Через 4 недели после госпитализации в инфекционную клинику пациентка почувствовала слабость, развивающуюся в левой руке, а также покалывание и анемение. Кровяное давление измерить не удалось на обеих руках, несмотря на многочисленные попытки при ручной сфингометрии. Пульс на лучевой артерии не пальпировался, но руки оставались теплыми и не изменили окраску.





▶ КТ с контрастированием верхнего отдела грудной клетки (А) показывает утолщение стенки левой подключичной артерии. МРТ T₂ режим, полученная на том же уровне (В) подтверждает отсутствие кровотока в левой подключичной артерии + утолщение стенки и отечность окружающих тканей. Контрастная объемная МР ангиограмма сердца и ветвей аорты (С) показывает окклюзию левой подключичной артерии. Коронарная МРТ с задержкой контраста (D) показывает толщину стенки и усиление левой подключичной артерии.

Критерии болезни Такаясу Американской коллегии ревматологов

- ▶ Дебют в возрасте < 40
- ▶ Динамическое нарушение кровообращение в конечностях, особенно в верхних
- ▶ Снижение пульса при измерении на плечевых артериях
- ▶ Разница > 10 мм рт.ст систолического артериального давления между верхними конечностями
- ▶ Шум при аускультации подключичных артерий или аорты
- ▶ Артериографические доказательства сужения или окклюзии аорты на всем ее протяжении, ее крупных ветвей, проксимальных артерий конечностей

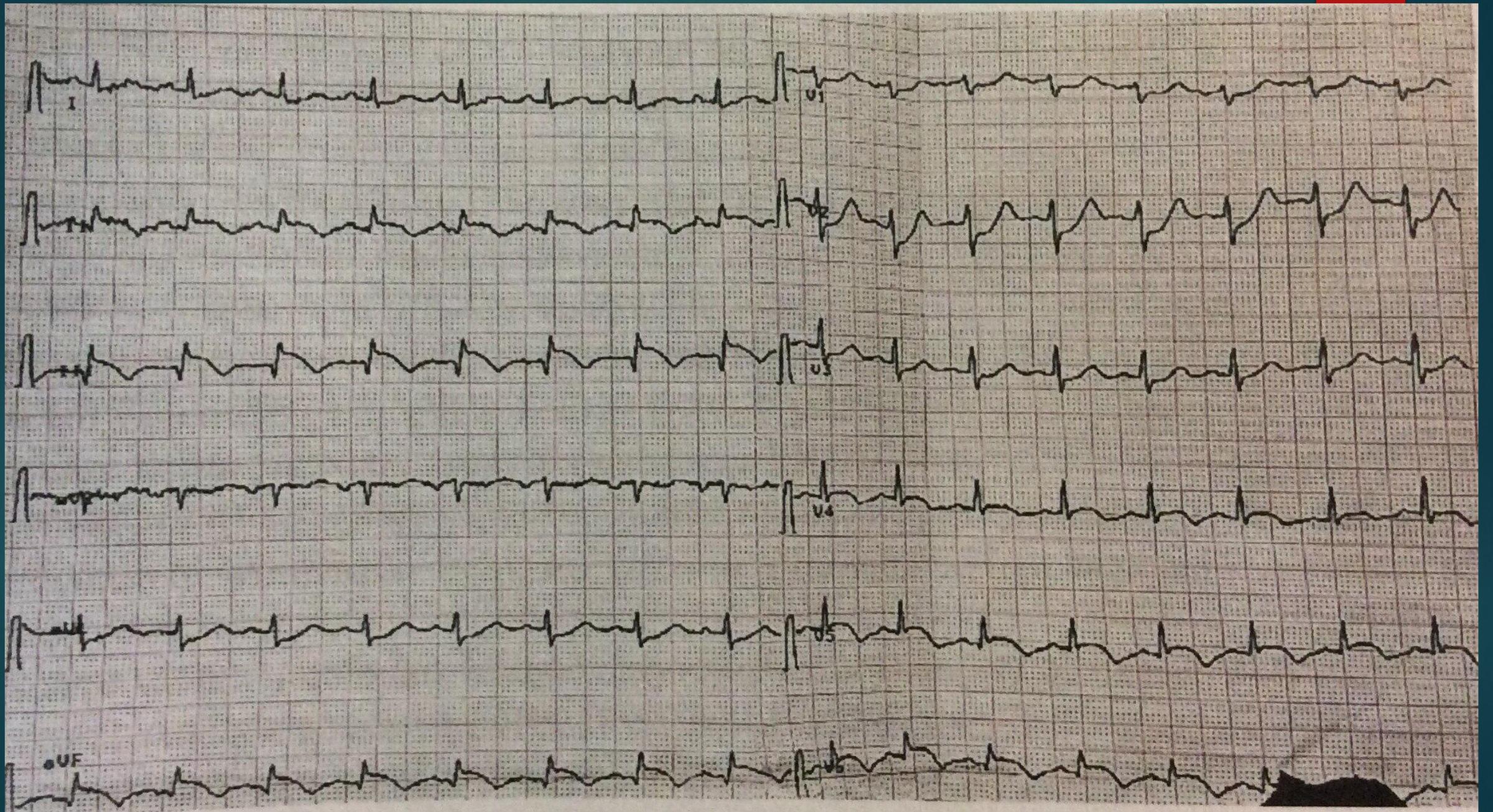
Случай №2

Мужчина 34 года

- ▶ Работает дворником, заболевание связывает с переохлаждением
- ▶ Повышение температуры тела 39⁰С с 06.02.14
- ▶ Приступы нехватки воздуха в ночное время, чувство кома в горле, усиливающееся в положении лежа.
- ▶ С 01.03.14 по 03.03.14 госпитализация по поводу двусторонней пневмонии в нижних долях, подтвержденной рентгенологически
- ▶ В общих анализах крови, мочи норма, данных за малярию, тиф, паратиф не получено.
- ▶ Проведена антибактериальная терапия цефтриаксоном
- ▶ Семейный анамнез не отягощен
- ▶ Вредные привычки отрицает

При физикальном обследовании

- ▶ В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах слева, хрипов нет
- ▶ ЧДД-16 в минуту
- ▶ Тоны сердца приглушены, ритм правильный ЧСС- 85 ударов в минуту
- ▶ Артериальное давление – 110/70 мм рт.ст.
- ▶ Пульсация на периферических артериях удовлетворительная
- ▶ Живот мягкий, безболезненный.
- ▶ Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена
- ▶ Мочеиспускание свободное, безболезненное



В общем анализе крови(03.03.14):

- ▶ Гемоглобин – 114 г/л (нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести)
- ▶ Тромбоциты – 151×10^9 /л(тромбоцитопения)
- ▶ Лейкоциты – $2,3 \times 10^9$ /л(лейкоцитарная формула без особенностей)
- ▶ СОЭ-10 мм/ч

В биохимическом анализе крови

- ▶ АЛТ – 52 ЕД/л,
- ▶ АСТ-113ЕД/л,
- ▶ КФК-341ЕД/л,
- ▶ КФК МБ – 41ЕД/л,
- ▶ тропонин Т – 321нг/л,
- ▶ ЛДГ- 1691ЕД/л,
- ▶ СРБ –17 мг/л,
- ▶ К-3,3 ммоль/л

Эхокардиография (03.03.14)

- ▶ Аорта и аортальный клапан не изменены.
- ▶ Полость левого предсердия расширена до 4,3 см, остальные камеры не увеличены
- ▶ Стенки левого желудочка утолщены (задняя - до 20 мм)
- ▶ Сократимость ЛЖ снижена, больше в области нижней и боковой стенок.
- ▶ ФВ ЛЖ - 30%
- ▶ Пиковое давление на легочной артерии незначительно повышено (до 38 мм рт.ст)
- ▶ Выпот в области перикарда с расхождением листков по задней стенке до 1,4 см, передней - 0,8 см, по боковой стенке до 2 см с инвагинацией свободной стенки правого предсердия

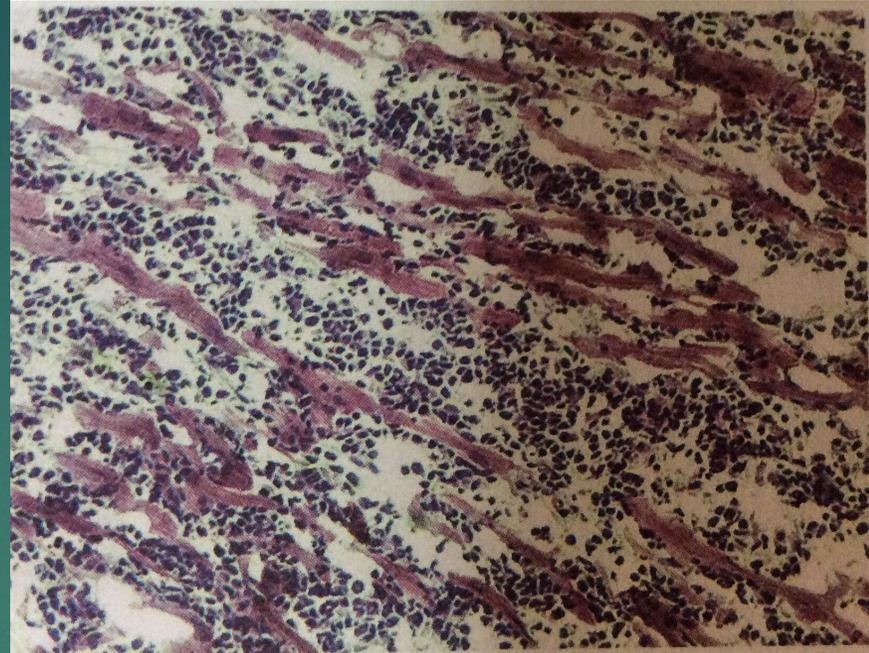


- ▶ При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки (03.03.14) отмечено расширение тени сердца; очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.
- ▶ Проведена терапия антикоагулянтами, антиагрегантами, В-адреноблокаторами, иАПФ, статинами, диуретиками, препаратами калия, НПВС, антигистаминными препаратами.
- ▶ Несмотря на лечение, сохранение температуры тела 39°C , появился сухой кашель
- ▶ При повторном рентгенологическом исследовании (07.03.14) очаговая пневмония в нижней доле слева.
- ▶ Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза отрицательный.
- ▶ К терапии добавлены амоксициллин с сульбактамом и кларитромицин
- ▶ Титры антител к вирусам Коксаки, Эпштейн-Барр, герпеса, ВИЧ не обнаружены.

- ▶ 05.03.14 у пациента возникла сильная одышка, сопровождающаяся тахипноэ (до 32 в минуту), тахикардией (115 в минуту), снижением сатурации кислорода до 87 %, купированная фуросемидом.
- ▶ При повторной Эхо-КГ выявлено ухудшение сократимости задней стенки ЛЖ вплоть до акинеза, сохранен перикардальный выпот (по задней стенке до 1,7 см, по передней – 1,3 см)
- ▶ 06.03.14 проведена коронарарангиография, на которой **изменений в венечных артериях не было.**

показатели	03.03.14	05.03.14	14.03.14
АЛТ ЕД/л (до 41)	52		388
АСТ ЕД/л (до 41)	113		327
КФК ЕД/л (20--190)	341	1463	337
КФК МБ ЕД/л(до 10)	41	122	52
Тропонин Т нг/л	321	800	
ЛДГ ЕД/л (до 250)	1691		
СРБ мг/л (до 5)	17	43	212
СОЭ мм/ч (до 20)	10	18	
Креатинин мкмоль/л (62-115)			260
Мочевина ммоль/л (2,4-6,4)			35
Альбумин г/л (33-50)			28
ProBNP пг/мл (до 120)			24809
K ⁺ ммоль/л (3,5-5,5)	3,3		
Na ⁺ ммоль/л (135-145)			127
Д-димер нг/мл(до 500)		705	

- ▶ 14.03.14 у больного вновь возникла одышка в покое, сопровождающаяся артериальной гипотензией (80/60 мм рт. Ст.) и олигоурией. ЭКГ без значимой динамики по сравнению с ранее снятыми пленками.
- ▶ Проведены неинвазивная ИВЛ, инфузия добутамина, нитратов, антибактериальных препаратов, диуретики, низкомолекулярные гепарины. Состояние крайне тяжелое, неоднократно рецидивировала тахикардия с широкими комплексами, эпизоды фибрилляции желудочков, полная АВ-блокада, дыхательная недостаточность.
- ▶ Несмотря на проведенную терапию, развилась клиника кардиогенного шока. 17.03.14 **остановка дыхания и кровообращения.**



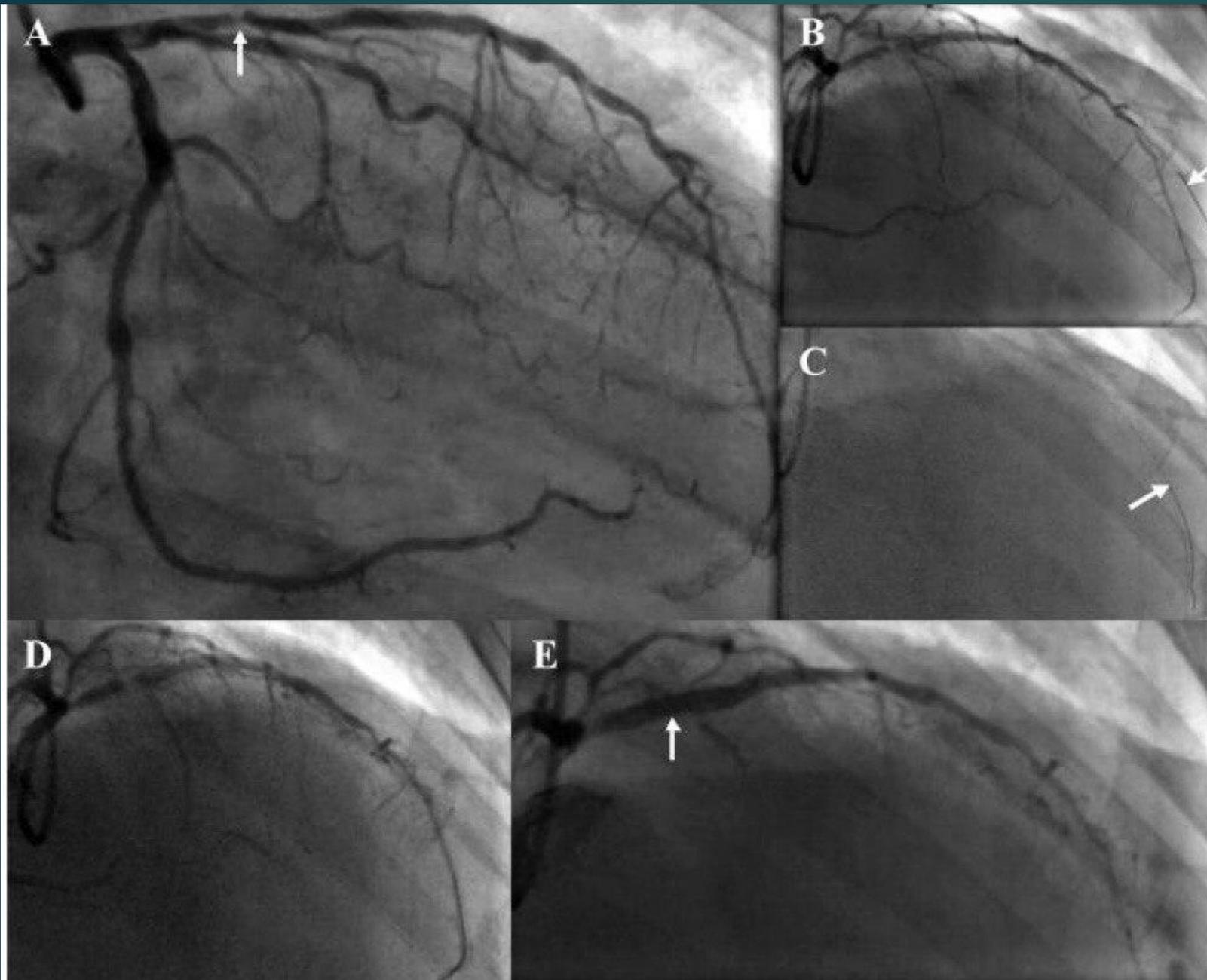
Заключительный диагноз

- ▶ *Основное заболевание:* диффузная В-клеточная экстранодальная лимфома с поражением сердца, переднего средостения, тонкой кишки и щитовидной железы
- ▶ *Осложнения:* двусторонний гидроторакс. Острые эрозии и язвы тощей кишки с перфорацией. Серозный перитонит. Тонкокишечное кровотечение. Острое венозное полнокровие внутренних органов (отек легких, отек головного мозга)

Случай № 3

Мужчина 62 года

- ▶ Переведен в региональный центр для проведения ангиографии в виду перенесенного 2 дня назад NSTEMI
- ▶ Пациента разбудили типичные боли за грудиной, длящиеся 45 минут, побудившие его вызвать скорую помощь
- ▶ На ЭКГ, снятой в СМП зарегистрирована глубокая инверсия Т-зубцов
- ▶ Уровень Тропонина I 15 нг/мл
- ▶ АД 128/75 мм рт.ст.
- ▶ ЧСС 68 ударов в минуту
- ▶ Симптомы частично стерты сублингвальным приемом нитроглицерина. Также пациенту были введены опиаты, была проведена двойная антиагрегантная терапия и подкожно низкомолекулярный гепарин.
- ▶ Однако боли не были купированы.
- ▶ Анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощен, но незадолго до госпитализации пациента стало беспокоить повышение артериальное давление. Получает антигипертензивную терапию.

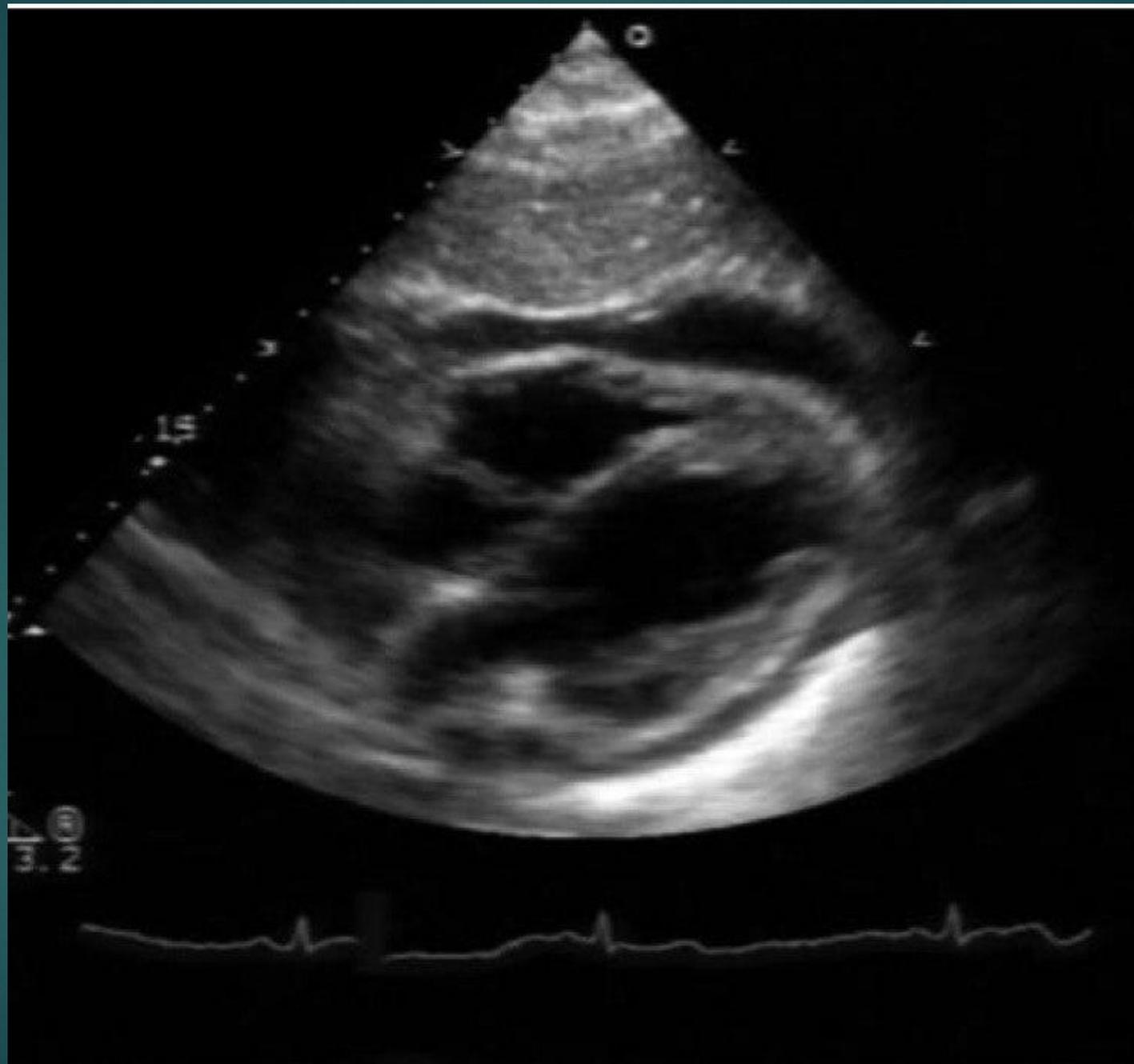


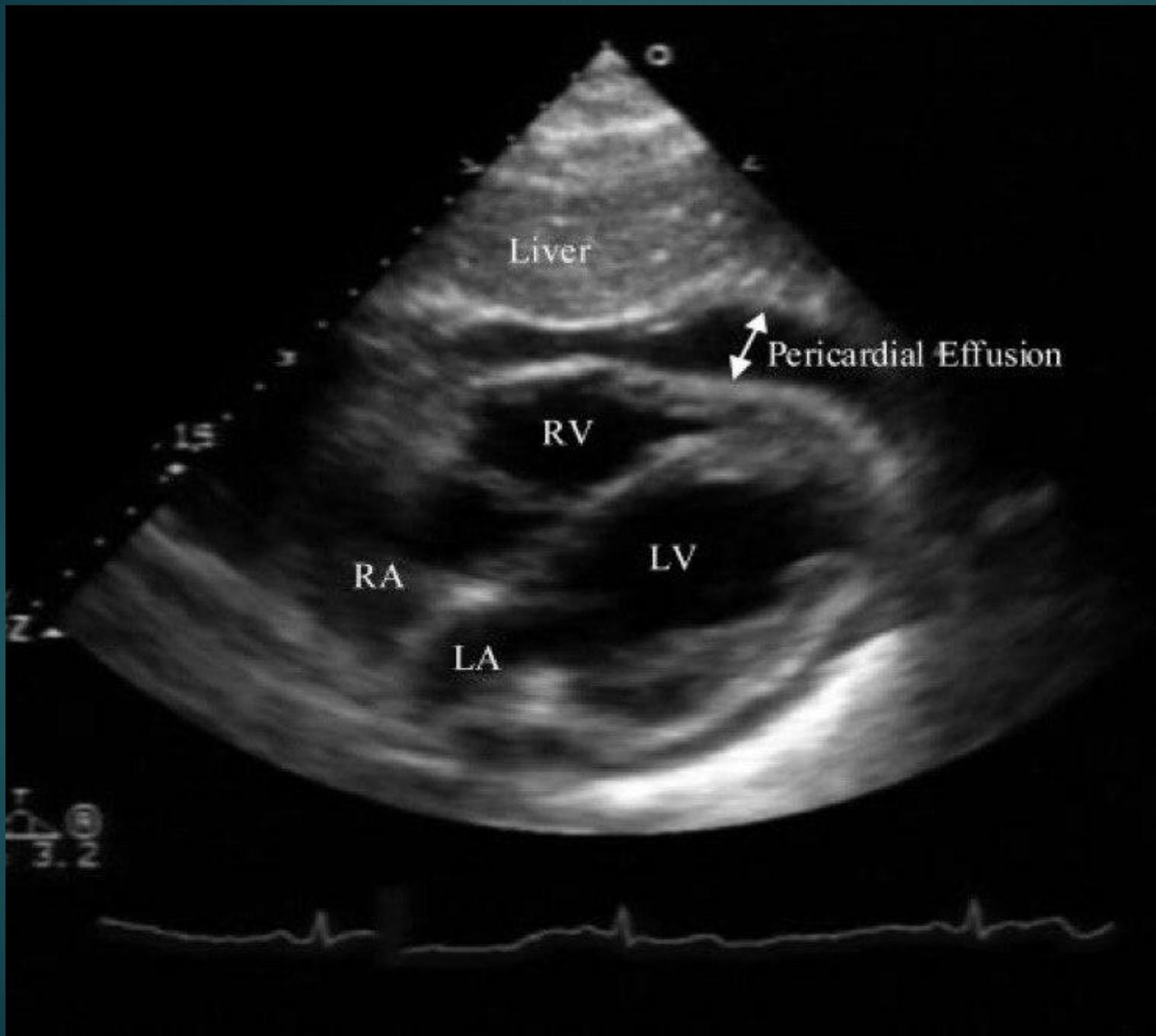
- ▶ Ангиография.
- ▶ А-правая передняя косая проекция. Левая коронарная артерия-выраженный стеноз в проксимальном отделе левой передней нисходящей. В-начальное положение проводника в диагональной ветви
- ▶ С, D- перемещение проводника в левую коронарную артерию. Е-стент имплантирован

Протокол коронарографии

- ▶ Пациенту перед вмешательством был введен болюсно гепарин и абциксимаб.
- ▶ Стеноз в левой коронарной артерии был пройден с трудом с использованием стандартного проводника.
- ▶ Проводник первоначально непреднамеренно был занесен вниз по маленькой первой диагональной артерии
- ▶ Затем проводник был перемещен, и была пройдена дистальная часть левой коронарной артерии
- ▶ Стеноз сначала был пре-дилатирован коротким расяжимым баллон, и затем застентирован 3,5 мм стентом с покрытием.
- ▶ При процедуре пациент испытывал преходящую боль за грудиной.
- ▶ Бедренный катетер был удален, и на место прокола была наложена давящая повязка

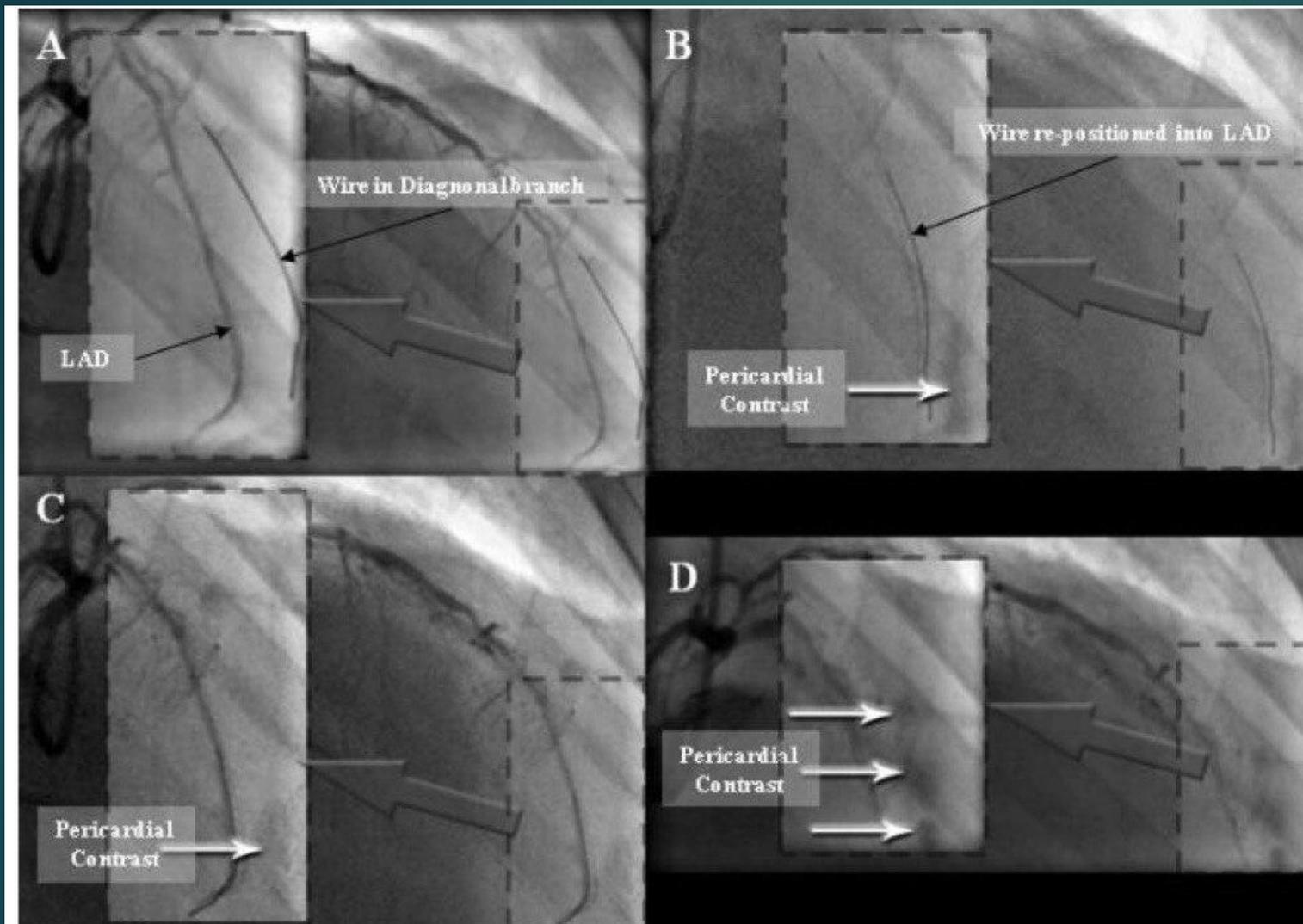
- ▶ После процедуры пациент в течение 2 часов оставался в горизонтальном положении, осложнений не наблюдалось
- ▶ Однако через 4 часа, когда пациент встал с постели, потерял сознание.
- ▶ Медсестра проверила нет ли остановки сердца и вызвала реаниматолога. Он застал пациента, лежащего на полу в полубессознательном состоянии (по шкале Глазго 10/15) САД 50 мм рт.ст.; ЧСС 120 ударов в минуту, сатурация O_2 89%. Клинические признаки отека легких. Живот мягкий, безболезненный, отсутствуют гематомы и кровотечения из места прокола на бедре.





Трансторакаль
ная Эхо-КГ.
Передний
перикардаль
ный выпот.
Парастерналь
ная позиция.
Возможно
тампонада
правого
желудочка
стала
причиной
обморока

- 
- ▶ Что послужило причиной потери сознания?
 - ▶ Что послужило причиной такого осложнения?



Ангиограмма демонстрирует контраст в перикадиальной полости