

## Дорогие читатели!

Редакция журнала решила организовать рубрику «**Интересный клинический случай для обсуждения**». Редакция будет подбирать соответствующие клинические случаи, ставить перед читателями вопросы. Надеемся на обсуждение предоставляемых случаев и получение ответов на заданные вопросы. Наилучшие ответы будут поощряться награждением Почетной грамотой Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики.

*Гл. редактор Д.М.Аронов*

## Клинический случай: аппендицит и сердце

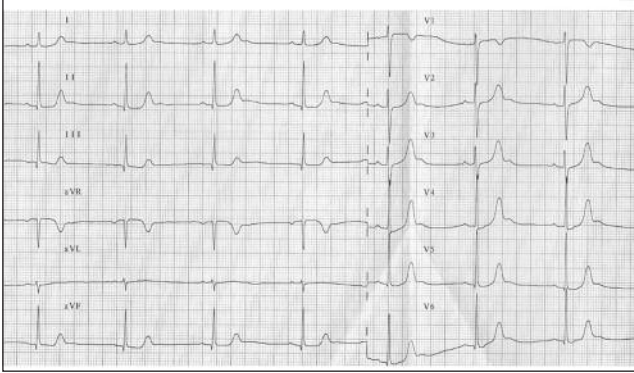
### Clinical case: appendicitis and the heart

**Больная А.** 54 лет поступила в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота над лоном, более справа, слабость, сухость во рту, тошноту, головную боль.

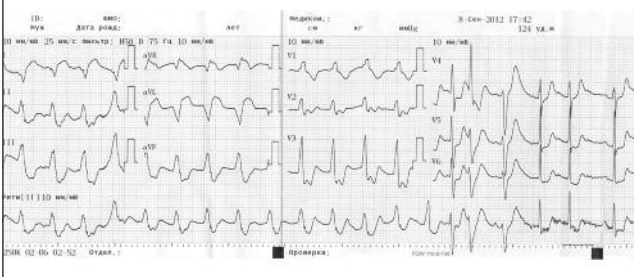
**Анамнез:** считает себя больной около 29 ч, когда появились боли в верхних отделах живота, а затем перечисленные жалобы, выраженные слабость и головокружение. В дальнейшем усиление болей в животе, озноб, температура тела 37,5°C, стул за сутки перед этим 5-кратно, кал полуоформлен, обычной окраски. В день поступления стула не было. Дизурии нет. Тошнота, озноб, головная боль, однократная рвота.

**В анамнезе:** хронический гастрит, 1980 г. – операция по поводу кистозного изменения яичников (нижний поперечный доступ), 1982 г. – кесарево сечение (нижнесрединная лапаротомия), спаечный процесс в нижних отделах живота, миома матки 9 нед. Хронический бронхит с частыми обострениями. Гипертоническая болезнь. Около 6 мес перед поступлением неоднократные эпизоды внезапного повышения артериального давления и эпизодов выраженной тахикардии, резко ограничивающей физическую активность в результате одышки. По этому поводу больная обследовалась у эндокри-

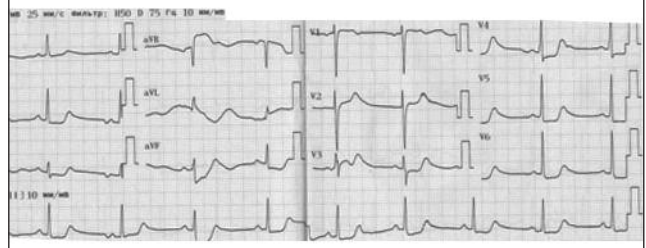
**Рис 1. ЭКГ больной А. при поступлении.**



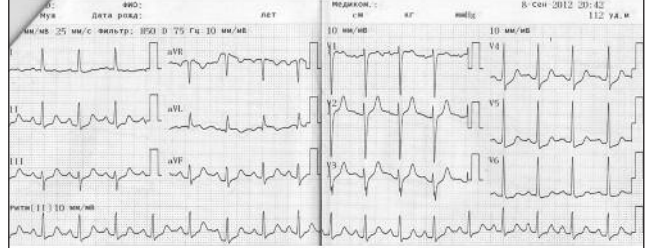
**Рис 2. ЭКГ больной А. во время болей за грудиной.**



**Рис 3. ЭКГ больной А. на фоне продолжающихся болей в грудной клетке.**



**Рис 4. ЭКГ больной А. после купирования болевого синдрома.**



нолога – патологии щитовидной железы не обнаружено.

*При осмотре:* кожные покровы обычной окраски. Периферические отеки отсутствуют. Частота дыхательных движений – 17 в минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 90 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Артериальное давление (АД) – 150/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, в нижних отделах слабо выраженный мышечный дефанс, значительно болезненный в нижних отделах живота. Печень по краю реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины положительные. ЭКГ при поступлении – рис. 1.

Больной был поставлен предварительный диагноз – распространенный перитонит неясного генеза, деструктивный аппендицит (?), перфорация опухоли кишечника (?). Но от экстренного оперативного лечения пациентка категорически отказалась.

В связи с этим больной начата инфузионная дезинтоксикационная терапия (во время которой пациентку уговаривали согласиться на операцию). Через 2 ч после поступления у женщины повысилось АД до 180/90 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. На этом фоне беспокоили головные боли, а также появились боли в области сердца пульсирующего характера, которые сохранялись, несмотря на проводимую гипотензивную терапию. Пациентка переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Учитывая сохраняющиеся боли в области сердца (рис. 2, 3), не исключается коронарная патология с псевдоабдоминальной симптоматикой. Боли купируются только после введения налбуфина 1% – 2,0 мл внутривенно, к этому времени пульс 69 уд/мин, АД – 128/79 мм рт. ст., тропонин I слабopоложительный – 0,29 (см. таблицу; рис. 4).

Пациентка согласилась на операцию только на следующий день.

09.09. Диагноз после операции: острый флегмонозный аппендицит. Периаппендикулярный абсцесс правой подвздошной ямки. Спаечный процесс в брюшной области. Местный серозный перитонит. Интоксикация.

На следующий день у больной выраженная одышка в покое, больная интубирована, сатурация кислорода на фоне его подачи – 57%.

10.09. Рентгенография грудной клетки. В связи с тяжелым состоянием больной исследование в реанимации в сидячем положении. Легочный фон имеет пониженную прозрачность. На протяжении обоих легочных полей, больше – в медиальных отделах, определяются множественные, местами сливающиеся очаговые тени средней интенсивности, формирующие фигуру бабочки. Корни легких не структурны, отчетливо не дифференцируются. Тень сердца увеличена за счет всех отделов. Аорта без особенностей.

**Заключение:** рентгенологическая картина отека легких или дистресс-синдрома.

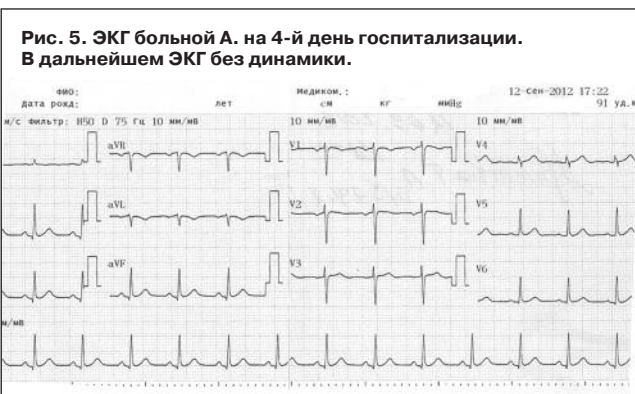
Эхокардиография от 10.09: аорта (норма – N – до 4 см) – 2,8 см, уплотнена. Расхождение створок (N > до 14 мм) – 17 мм, митральный клапан: уплотнение фиброзного кольца. Регургитация 1-й степени. Левый желудочек (ЛЖ): конечный диастолический размер (N до 5,7 см) – 4,8 см, конечный систолический размер (N до 4,0 см) – 3,0 см. Фракция выброса (N от 57%) – 43%. Сократительная функция миокарда снижена, диффузный гипокинез. Диастолическая функция миокарда: тахикардия, ЧСС – 123 в минуту. Межжелудочковая перегородка (до 1,2 см) – 1,0 см, толщина задней стенки (до 1,2 см) – 1,0 см, масса миокарда ЛЖ (N до 185 г) – 138 г. Структура миокарда не изменена. Правый желудочек (N до 3,6 см) – 2,2 см, стенка (N до 0,5 см) – 0,3 см. Легочная артерия (N до 2,8 см) – N. Регургитация 0–1-й степени. Давление в легочной артерии (N до 30–36 мм рт. ст.) – N. Правое предсердие (N 3,8–4,6 см) – 2,5 см. Регургитация 0–1-й степени. Нижняя полая вена (N 2,5–2,7 см) – N.

**Заключение:** уплотнение стенок аорты. Снижение сократительной функции ЛЖ. Тахикардия.

К 13.09 ЭКГ (рис. 5). На эхокардиографии: аорта (N до 4 см) – 2,9 см, уплотнена. Расхождение створок (N > до 14 мм) – 17 мм, левое предсердие (N до 4,0 см) – 3,0 см. Объем левого предсердия (N до 65 мл) – 47 мл. Митральный клапан: уплотнение фиброзного кольца. Регургитация 1-й степени. ЛЖ: конечный диастолический размер (N до 5,7 см) – 4,6 см, конечный систолический размер (N до 4,0 см) – 3,6 см. Фракция

Таблица 1. Динамика лабораторных показателей больной А.

Показатель	08.09	09.09	10.09	12.09	13.09
Лейкоциты	28,3	25,9	33,9	15	16,1
Эритроциты		4,03	3,7	3,23	3,44
Гемоглобин		125	115	99	105
Тромбоциты		307	307	271	258
Аспаратаминотрансфераза	24,9		16,7		
Аланинаминотрансфераза	37,5	67,4	48,7		
Креатинфосфокиназа	50	255	560		
Креатинфосфокиназа-МВ	10	33	26		
Тропонин I	0,29	1,9	0,89		
Амилаза	157		261	382	565
Мочевина	5,4			24	
Креатинин	81		103	120	116
Калий	4,73	3,95	2,87	3,47	
Глюкоза	8,94		8,95		
Альбумин	47,9			35,5	40,21
Активированное частичное тромбопластиновое время	30,9				36,2
Фибриноген	8,61	7,8		5,29	4,83
D-димер	691				



выброса (N от 57%) – 46%. Сократительная функция миокарда снижена, диффузный гипокинез. Диастолическая функция миокарда нарушена по 1-му типу. Межжелудочковая перегородка (до 1,2 см) – 1,0 см, толщина задней стенки (до 1,2 см) – 1,0 см. Масса миокарда ЛЖ (N до 185 г) – 138 г. Структура миокарда не изменена. Правый желудочек (N до 3,6 см) – 2,2 см, стенка (N до 0,5 см) – 0,3. Легочная артерия (N до 2,8 см) – N. Регургитация 0–1-й степени. Давление в легочной артерии (N до 30–36 мм рт. ст.) – N. Правое предсердие (N 3,8 4,6 см) – 2,5 см. Трикуспидальный клапан – без особенностей. Регургитация 0–1-й степени. Нижняя полая вена (N 2,5–2,7 см) – N.

**Заключение:** уплотнение стенок аорты. Снижение сократительной функции ЛЖ. Нарушение диастолической функции по 1-му типу.

В связи с тем что по дренажу отделяемого нет, выслушивалась перистальтика и был самостоятельный стул, дренаж удален. Живот мягкий, безболезненный, стул самостоятельный регулярный. Однако с 10.09 по

19.09 неоднократно возникало резкое снижение сатурации кислорода на фоне повышения артериального давления или повышения частоты сердцебиения, что сопровождалось появлением влажных мелкопузырчатых хрипов в легких, хотя на рентгенограмме от 18.09 пневмония не выявлена (описан отек легких). Отмечалась связь отека легких с возбуждением больной, несмотря на подаваемый через интубационную трубку обогащенный кислородом воздух. Иногда отек легких возникал после перестиливания постели больной. В связи с нестабильностью состояния больной и длительным нахождением интубационной трубки в гортани 19.09 выполнена трахеостомия, проводилась седация. Имеется картина трахеобронхита. Обращает на себя внимание симптоматика выраженного воспалительного процесса: лейкоцитоз –  $17 \times 10^9$ /л, анемия хронического воспаления (Hb – 83–93 г/л), С-реактивный белок – 59,5 мг/л (от 18.09), притом что 14.09 он был 9,2 мг/л. Проводится антибиотикотерапия: эртапенем натрия – 1,0 г внутривенно, амикацин – 1,5 мг внутривенно. Больная с 09.09 получает фондапаринукс натрия. Проводится с 09.09 комплексная медикаментозная терапия по поводу реактивного панкреатита.

#### Ваше мнение:

- Обоснуйте свою версию диагноза.
- Перечислите заболевания и состояния, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз.
- Обоснуйте тактику обследования больной.
- Обоснуйте наиболее адекватный вариант лечения больной.

*Клинический случай подготовлен профессором Е.Я.Парнесом*