КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

РОЗА САБИРОВА НАСЫБУЛЛИНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ,
тел. 8-917-231-15-19

РИНАТ РАФИКОВИЧ САЙФУТДИНОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ,
e-mail: r_saifutdinov@mail.ru

РУЗАЛЬ ГАРАФУТДИНОВИЧ КАМАЛИЕВ, врач функциональной диагностики Балтасинской ЦРБ
АЛЕКСАНДРА ЕВГЕНЬЕВНА БАСТРАКОВА, врач-интерн кафедры терапии
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ,
тел. 8-987-413-67-23

КАМИЛЛА ШАМИЛЬЕВНА МАКАРИМОВА, врач-интерн кафедры терапии
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ,
тел. 8-927-417-68-06

МАРИНА ТАХИРОВНА АМИТОВА, врач-ординатор кафедры терапии
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ,
тел. 8-937-622-48-24

Реферат. В статье представлен клинический случай больного с диагнозом «гипертрофическая кардиомиопатия», установленного на основании результатов клинко-диагностического обследования с рекомендациями дальнейшего лечения на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: гипертрофическая кардиомиопатия, асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки, ЭхоКС.

CLINICAL CASE OF HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY

**R.S. NASIBULLINA, R.R. SAYFUTDINOV, R.G. KAMALIYEV,
A.E. BASTRAKOVA, K.SH. MAKARIMOVA, M.T. AMITOVA**

Abstract. The paper presents the clinical case of a patient with diagnosis «Hypertrophic Cardiomyopathy» based on the clinical and diagnostic testing.

Key words: hypertrophic cardiomyopathy (HCM), asymmetric septal hypertrophy, echo cardioscopy.

Кардиомиопатии по-прежнему остаются одними из наименее изученных кардиологических заболеваний.

Термин «кардиомиопатия», впервые предложенный W. Brigden в 1957 г., долгое время использовался у нас в стране и за рубежом для обозначения первичных заболеваний миокарда неопределенной этиологии. Именно этот принцип был заложен в основу первоначальных классификаций кардиомиопатий.

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – одна из основных и наиболее распространенных форм первичных кардиомиопатий. Полувековая история изучения проблемы ГКМП отражает значительную эволюцию знаний в вопросах этиологии, патогенеза, диагностики, клинического течения и прогноза, вариантов лечения заболевания. За этот период только в англоязычных изданиях опубликованы более 1000 крупных научных работ.

Заболевание может проявляться в виде как спорадических, так и наследственных случаев: у половины пациентов может быть выявлен семейный анамнез данного заболевания. Обычно прослеживается аутосомно-доминантный характер наследования.

Зачастую течение заболевания длительное время бывает бессимптомным. Проявления своеобразны, хотя на первый взгляд они складываются из неспецифических проявлений – синдрома стенокардии, явлений сердечной недостаточности, главным образом одышки, нарушений ритма сердца, обмороков или полубоморочных приступов.

Основным методом диагностики ГКМП является ЭхоКГ. Обнаружение у взрослого пациента в любом сегменте левого желудочка утолщения его стенки, превышающего 15 мм, – серьезный повод для подозрения на ГКМП. В большинстве случаев при этом заболевании наблюдается асимметричность изменений миокарда – гипертрофирована преимущественно межжелудочковая перегородка. На основании этого был предложен критерий – асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки (отношение ТМЖП к ЗСЛЖ $\geq 1,3$), который является патогномоничным признаком гипертрофической кардиомиопатии.

Больной С., 1963 г.р., наблюдается в терапевтическом отделении РКБ № 3 г. Казани с 2007 г. Последнее поступление 12 января 2012 г. в связи с ухудшением общего самочувствия, жалобами на давящие боли в области сердца, без иррадиации, возникающие при физической нагрузке (при ходьбе в гору на расстояние до 100 м, при подъеме по лестнице на 1–2 лестничных пролета), проходящие самостоятельно в покое через 5–7 мин, на одышку, возникающую также при физической нагрузке (при ходьбе в гору на расстояние до 200 м, при подъеме по лестнице на 1–2-й этаж), проходящую в покое через 5 мин, на эпизоды учащенного неритмичного сердцебиения, на головные боли давящего характера, умеренной интенсивности, сопровождающиеся подъемом АД до 160/110 мм рт.ст., на постоянный шум в ушах.

Считает себя больным с 2004 г., когда впервые при значительных физических нагрузках (ходьбе в быстром

темпе на расстояние до 500 м, физической работе, сопровождающейся подъемом тяжестей, стало появляться чувство жжения за грудиной длительностью до 10 мин, проходившее самостоятельно. По этому поводу никуда не обращался.

В конце февраля 2007 г. внезапно почувствовал резкую слабость, интенсивные боли в области сердца жгучего характера, онемение верхних и нижних конечностей, выраженную одышку. На дом был вызван участковый терапевт. При измерении АД зарегистрированы высокие цифры (220/120 мм рт.ст.). После проведенной антигипертензивной терапии самочувствие улучшилось, боли за грудиной прошли, но продолжала беспокоить одышка при физической нагрузке. Направлен в ЦРБ для обследования. На основании жалоб, объективных данных, данных ЭКГ, ЭхоКС впервые был заподозрен диагноз «гипертрофическая кардиомиопатия», в связи с чем больной направлен в терапевтическое отделение РКБ № 3. После проведенного обследования и лечения выписан с диагнозом «гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Ишемический синдром по типу стенокардии III ФК. ГБ II стадии с поражением сердца (ГЛЖ). ХСН I, ФК II. МКД». С этого времени регулярно 1–2 раза в год проходит стационарное лечение.

В течение 2007 г. регулярно принимал дилтиазем по 180 мг 2 раза в сут, беталок-зок по 25 мг 1 раз в сут. В 2008 г. беталок-зок был заменен на конкор по 5 мг 1 раз в сут, принимал кардиомагнил по 75 мг на ночь. С конца 2009 г. лечится нерегулярно, периодически принимает метопролол по 12,5 мг, пропафенон по 150 мг, тромб АСС по 75 мг. Инвалид 3-й группы.

Повышение АД стал отмечать около 15 лет назад. Никуда не обращался, ничем не лечился до 2007 г. Максимальное АД – 220/120 мм рт.ст. Оптимальное АД – 140/90 мм рт.ст.

В последние полгода отмечает ухудшение самочувствия. Беспокоит постоянный шум в ушах, одышка при обычной ходьбе, участились боли в сердце. При болях возникали эпизоды учащенного неритмичного сердцебиения.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания: операция по поводу аппендицита около 30 лет назад, правосторонняя рецидивирующая люмбоишалгия, варикозная болезнь нижних конечностей, ХВН II, хронический геморрой, хронический пиелонефрит. Туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузии: кровь не переливалась.

Наследственный анамнез: отягощен по артериальной гипертензии (у матери) и по сахарному диабету (у младшего брата). Аллергологический анамнез: без особенностей. Непереносимость нитратов в виде интенсивных головных болей. Вредные привычки: не курит, с 2007 г. не употребляет алкоголь. Служил в армии в войсках ВМФ в течение 3 лет. До 2007 г. участвовал в соревнованиях по татарской борьбе на сабантуях.

Объективные данные. Общий осмотр. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Телосложение нормостеническое. Рост 192 см. Масса тела 115 кг. ИМТ 31,2 кг/м². Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренной влажности. Выявляются расширенные подкожные вены на голенях и тыле обеих стоп без трофических нарушений. Ожирение по абдоминальному типу. Отеков нет. При осмотре лимфатические узлы не видны, не пальпируются.

Система органов дыхания: носовое дыхание свободное. ЧДД 17 в мин. При сравнительной перкуссии легких выявляется ясный легочный звук. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются.

Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, высокий, резистентный. Границы относительной тупости сердца: правая – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя – на уровне III ребра. При аускультации тоны сердца ритмичные, периодически перебиваются экстрасистолами. Выслушивается мягкий систолический шум в области верхушки, который проводится в подмышечную впадину по V межреберью до задней подмышечной линии. В IV межреберье по левому краю грудины и во II межреберье справа выслушивается грубый систолический шум, который не проводится на сосуды. ЧСС 80 уд/мин. Пульс с частотой 80 в мин, ритмичный, периодически перебивается экстрасистолами, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. на обеих руках.

Система пищеварения: язык чистый, влажный, миндалины не увеличены. При поверхностной пальпации живот мягкий, выявляется слабая болезненность в эпигастрии. Печень пальпируется у края правой реберной дуги на глубоком вдохе. Край печени гладкий, мягкий, острый, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову 12×10×9 см. Селезенка не пальпируется. Стул со слов не изменен.

Система мочеиспускания: мочеиспускание со слов не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Данные лабораторных и инструментальных исследований

ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови без патологических изменений за исключением повышенного уровня холестерина (2007 г. – 5,93 ммоль/л, 2009 г. – 5,44 ммоль/л, 2012 г. – 7,16 ммоль/л), триглицеридов (2007 г. – 4,52 ммоль/л, 2009 г. – 3,33 ммоль/л, 2012 г. – 3,60 ммоль/л), β-липопротеидов (2007 г. – 9,2 г/л, 2009 г. – 6,98 г/л, 2012 г. – 8,14 г/л).

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 64 уд/мин. Горизонтальное положение ЭОС с чертами позиционности. Угол альфа 20°.

Отрицательный несимметричный зубец Т в I, aVL, V5, V6-отведениях. Признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС (27.02.2007). КДР – 4,8 (N до 5,4); КСР – 3,2 (N до 4,04); ТЗСЛЖ – 1,12 (N до 1,04); ТМЖП – 1,7 (N до 0,84); ТМЖП/ТЗСЛЖ – 1,51 (N до 1,3); ПЖ – 1,8 (N до 1,43); ЛП – 3,7 (N до 2,7); просвет корня аорты – 3,6 (N до 2,64). Митральный клапан: движение створок разнонаправленное. Аортальный клапан: раскрытие створок в систолу – 2,3. МГД – 22 мм рт.ст. Трикуспидальный клапан: без особенностей. Клапан легочной артерии: без признаков легочной гипертензии.

4-камерная проекция: ПЖ – 7,0×3,6 (N до 6,7×3,6); ПП – 4,1×3,3 (N до 4,2×3,7); ЛЖ – 7,6×4,3 (N до 7,5×4,6); ЛП – 4,8×4,2 (N до 4,3×3,6).

Гемодинамика: фракция изгнания – 62% (N 60–70%), фракция укорочения – 33% (N 26–41%), УОК – 67 мл, МОК – 4,958 мл/мин.

Доплер-КС. Митральный клапан – скорость диастолического потока: пик E – 84 см/с, пик A – 79 см/с, E/A=1,06. Трикуспидальный клапан – скорость диастолического потока: пик E – 50 см/с, пик A – 60 см/с, E/A=0,83. **Аорта: скорость систолического потока – 234 см/с (N 100–170 см/с). Выходной тракт ЛЖ – 210 см/с (N 70–110 см/с).** Клапан ЛА: скорость систолического потока – 111 см/с (N 60–90 см/с).

В выходном тракте ПЖ небольшой диастолический поток. В полостях обоих предсердий систолические потоки. В выходном тракте ЛЖ диастолический поток.

Заключение: асимметричная гипертрофия миокарда ЛЖ с обструкцией выходного тракта. Увеличение полости ЛП. Небольшая митральная и трикуспидальная регургитация. Аортальная недостаточность 1-й степени.

ЭхоКС (06.02.2012) (N те же): КДР – 4,9; КСР – 2,8; **ТЗСЛЖ – 1,5; ТМЖП – 2,3; ТМЖП/ТЗСЛЖ – 1,54;** ПЖ – 1,9; ЛП – 4,7; просвет корня аорты – 3,6. Движение МЖП нормальное. Митральный клапан: движение створок разнонаправленное. Аортальный клапан: раскрытие створок в систолу – 2,3. Трикуспидальный клапан: без особенностей.

4-камерная проекция: ПЖ – 7,2×3,3; ПП – 4,2×3,6; ЛЖ – 8,0×4,6; ЛП – 6,0×4,2.

Гемодинамика: **фракция изгнания – 74%,** фракция укорочения – 43%.

Доплер-КС. Митральный клапан – скорость диастолического потока: пик E – 56,5 см/с, пик A – 61,7 см/с. Трикуспидальный клапан – скорость диастолического потока: пик E – 48,3 см/с, пик A – 36,1 см/с. **Аорта: скорость систолического потока – 218,7 см/с. Вы-**

ходной тракт ЛЖ – 287,1 см/с. Клапан ЛА: скорость систолического потока – 85 см/с.

Комментарий: небольшой систолический поток в полости ЛП, в полости ПП, небольшой диастолический поток в выходном тракте ПЖ, ЛЖ.

Заключение: недостаточность митрального клапана II ст. Увеличение полости ЛП. Переднесистолическое движение створок митрального клапана. Гипертрофия миокарда ЛЖ и МЖП, утолщение базальных отделов МПП до 3,1 см в диастолу. Среднесистолическое прикрытие аортального клапана. Высокоскоростной поток в выносящем тракте ЛЖ, диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ по типу замедления релаксации – гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ (пиковый градиент давления ~32,2 мм рт.ст.). Недостаточность аортального клапана I–II ст., незначительный аортальный стеноз.

ХМ (10.06.2009). Ритм синусовый, средняя суточная ЧСС 81 уд/мин. Минимальная частота синусового ритма – 59. Максимальная частота синусового ритма – 145. В дневное и ночное время полиморфные желудочковые экстрасистолы – 3677, часто сгруппированные в форме куплетов, эпизоды би-, тригеминии. Нарушения ритма значительно увеличивались при указании на физ. нагрузку. В дневное время зарегистрировано 3 эпизода депрессии сегмента ST – 1,7, горизонтальной формы, продолжительностью до 3 мин, что сопровождалось одышкой и болевыми ощущениями. На всем протяжении отмечалась инверсия и реверсия зубца Т по 1 каналу. Значительно снижена функция разброса (сут. SDNN – 71 мс).

ХМ (17.01.2012). Регистрируются редкие желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. В течение времени наблюдалось удлинение корригированного QT-интервала свыше 450 мс в течение 6 ч 26 мин (32% времени). Депрессия сегмента ST умеренной выраженности. Суммарная длительность смещения ST 27 мин. Суммарный индекс ишемии 4778 (мкВ×мин).

ФЭГДС. Пищевод свободно проходим. В просвете умеренное количество слизи. Слизистая розовая. Над кардиальным жомом определяется полиповидное образование на широком основании, размером 1,2×1,0 см, слизистая над ним не изменена. Кардия смыкается. Желудок: просвет увеличен. В просвете умеренное количество слизи. Складки обычных размеров. Слизистая ярко очагово (фундально) гиперемирована. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки не деформирована. Слизистая ее розовая. Постбульбарные отделы без особенностей.

Заключение: полип пищевода. Очаговый поверхностный гастрит. Рекомендовано: биопсия полипа в соответствующих условиях.

УЗИ ОБП (18.01.12). Печень: контуры ровные, границы четкие. Край острый. Структура изоэхогенная, среднезернистая, однородная. Переднезадний размер ПД – 133 мм, ЛД – 67 мм, холедох – 3 мм. Желчный пузырь: 60×27 мм. Стенки гиперэхогенные. Содержимое со взвесью. Конкрементов нет. Поджелудочная железа: контуры ровные, границы четкие. Структура гиперэхогенная, однородная. Головка – 19 мм, тело – 13 мм, хвост – 15 мм.

УЗИ почек (18.01.12). Правая почка: контуры ровные, четкие. Размеры 97×43 мм. Структура паренхимы не изменена – 11 мм. ЧЛС: не расширена, с единичными гиперэхогенными включениями до 1–2 мм, без акустической тени. Конкрементов нет. Мочеточник не расширен. Левая почка: контуры ровные, четкие. Размеры 100×45 мм. Структура паренхимы не изменена – 12 мм. ЧЛС: аналогичная, с аналогичными включениями. Конкрементов нет. Мочеточник не расширен.

Клинический диагноз «идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз с обструкцией выносящего тракта левого желудочка, асимметричная форма. Ишемический синдром. ГБ II стадии с поражением сердца (ГЛЖ), 3-й группы риска. Частая желудочковая экстрасистолия, аллоритмия с эпизодами би-, тригеминии, короткие пробежки желудочковой тахикардии. Класс 4б по Лауну. ХСН I, ФК II. Гиперлипидемия, тип II Б. Ожирение 1-й степени. Полип пищевода. Поверхностный гастрит».

Лечение. Метопролол по 25 мг 2 раза в сут, пропафенон по 150 мг 3 раза в сут, пентоксифиллин по 5 мл на 200 мл физ. раствора, аспирин по 125 мг 1 раз в сут вечером.

На фоне проводимой терапии состояние улучшилось. Боли и одышка не беспокоят. Прошли ощущения перебоев в работе сердца. Выписан с улучшением.

Рекомендовано. Исключение тяжелой физической нагрузки. Рациональное лечебное питание (антиатеросклеротическая диета) и нормализация массы тела. Постоянный прием метопролола по 25 мг 2 раза в сут, пропафенона по 150 мг 3 раза в сут, тромбо АСС по 100 мг на ночь. С учетом повышенного уровня холестерина (7,16 ммоль/л) и триглицеридов (3,6 ммоль/л) прием аторвастатина по 10 мг вечером.

Проведение коронарографии связано с наличием факторов риска ишемической болезни сердца (возраст,

мужской пол, артериальная гипертензия, ожирение, гиперлипидемия).

Учитывая возможный наследственный генез развития гипертрофической кардиомиопатии, эхокардиокопия проведена родственникам больного.

Брат, 46 лет (нормы те же).

ЭхоКС (06.02.2012). КДР – 4,5; КСР – 2,9; ТЗСЛЖ – 1,0; ТМЖП – 1,0; ТМЖП/ТЗСЛЖ – 1,0; ПЖ – 1,7; ЛП – 3,3; просвет корня аорты – 3,0. Движение МЖП нормальное. Митральный клапан: движение створок разнонаправленное. Аортальный клапан: раскрытие створок в систолу – 2,1. Трикуспидальный клапан: без особенностей. Клапан легочной артерии: без признаков легочной гипертензии.

4-камерная проекция: ПЖ – 5,7×3,6; ПП – 4,1×3,5; ЛЖ – 7,3×4,3; ЛП – 4,1×3,4.

Гемодинамика: фракция изгнания – 64,1%, фракция укорочения – 34,8%.

Доплер-КС. Митральный клапан: скорость диастолического потока: пик Е – 49,7 см/с, пик А – 47,6 см/с. Трикуспидальный клапан – скорость диастолического потока: пик Е – 43,2 см/с, пик А – 32,4 см/с. Аорта: скорость систолического потока – 102,5 см/с. Выходной тракт ЛЖ – 71,3 см/с. Клапан ЛА: скорость систолического потока – 79,3 см/с.

Комментарий. Небольшой систолический поток в полости ЛП, в полости ПП, небольшой диастолический поток в выходном тракте ПЖ. Пропалс передней створки митрального клапана на 0,3 см.

Заключение. Митральная и трикуспидальная регургитация I ст., небольшая регургитация на клапане легочной артерии (вариант N). Пропалс передней створки митрального клапана на 0,3 см.

Сын, 22 года.

ЭхоКС (06.02.2012). КДР – 6,2 (N до 4,9); КСР – 3,8 (N до 3,47); ТЗСЛЖ – 1,0 (N до 1,05); ТМЖП – 1,1 (N до 0,80); ТМЖП/ТЗСЛЖ – 1,1 (N до 1,3); ПЖ – 2,5 (N до 1,47); ЛП – 4,1 (N до 2,69); просвет корня аорты – 3,6 (N до 2,52). Движение МЖП нормальное. Митральный клапан: движение створок разнонаправленное. Аортальный клапан: раскрытие створок в систолу – 2,6. Трикуспидальный клапан: без особенностей. Клапан легочной артерии: без признаков легочной гипертензии.

4-камерная проекция: ПЖ – 6,9×3,4 (N до 6,7×3,6); ПП – 4,5×3,6 (N до 4,2×3,7); ЛЖ – 9,2×4,7 (N до 7,5×4,6); ЛП – 4,7×3,5 (N до 4,3×3,6).

Гемодинамика: фракция изгнания – 68,9% (N 60–70%), фракция укорочения – 39,4% (N 26–41%).

Доплер-КС. Митральный клапан: скорость диастолического потока: пик Е – 66,3 см/с, пик А – 44,7 см/с. Трикуспидальный клапан – скорость диастолического потока: пик Е – 63,4 см/с, пик А – 40,3 см/с. Аорта: скорость систолического потока – 104,8 см/с (N 100–170 см/с). Выходной тракт ЛЖ – 93,7 см/с (N 70–110 см/с). Клапан ЛА: скорость систолического потока – 95,1 см/с (N 60–90 см/с).

Комментарий. Небольшой систолический поток в полости ЛП, в полости ПП, небольшой диастолический поток в выходном тракте ПЖ. Пропалс передней створки митрального клапана на 0,4 см.

Заключение. Митральная и трикуспидальная регургитация I ст., небольшая регургитация на клапане легочной артерии (вариант N). Пропалс передней створки митрального клапана на 0,4 см. Данных о гипертрофической кардиомиопатии у родственников не выявлено.

Данный клинический случай интересен в плане классического течения гипертрофической кардиомиопатии. Наш пациент полностью соответствует всем критериям для постановки данного диагноза: анамнез заболевания (жалобы на давящие боли в области сердца, без иррадиации, возникающие при физической нагрузке, проходящие самостоятельно в покое через 5–7 мин, на одышку, возникающую также при физической нагрузке, проходящую в покое через 5 мин, на эпизоды учащенного неритмичного сердцебиения), объективные данные (выслушивается мягкий систолический шум в области верхушки, который проводится в подмышечную впадину по V межреберью до задней подмышечной линии. В IV межреберье по левому краю грудины и во II межреберье справа выслушивается грубый систолический шум, который не проводится на сосуды), данные ЭКГ (отрицательный несимметричный зубец Т в I, aVL, V5, V6-отведениях). Признаки гипертрофии левого желудочка, данные ЭхоКС: недостаточность митрального клапана II ст. Увеличение полости ЛП. Переднесистолическое движение створок митрального клапана. Гипертрофия миокарда ЛЖ и МЖП, утолщение базальных отделов МПП до 3,1 см в диастолу. Среднесистолическое прикрытие аортального клапана. Высокоскоростной поток в выносящем тракте ЛЖ, диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ по типу замедления релаксации – гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ (пиковый градиент давления ~32,2 мм рт.ст.). Недостаточность аортального клапана I–II ст., незначительный аортальный стеноз. Основным критерием постановки ГKM является отношение ТМЖП к ЗСЛЖ, в норме $\geq 1,3$. У нашего пациента отношение ТМЖП к ЗСЛЖ составило 1,54.

© Сайфутдинов Р.Г., Пак Э.В., Барыева Л.Ф., Шарафутдинова Р.Р., 2012
УДК 616.127-005.8

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QT

РАФИК ГАЛИМЗЯНОВИЧ САЙФУТДИНОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
ЭМИЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА ПАК, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
ЛИЛИЯ ФАИЛЕВНА БАРИЕВА, интерн кафедры терапии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ, тел. 8-917-865-52-82, e-mail: liliabarieva@mail.ru
РОМИНА РАМИЛЬЕВНА ШАРАФУТДИНОВА, интерн кафедры терапии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ, тел. 8-917-891-50-67, e-mail: rominotchka_26@inbox.ru

Реферат. В статье представлены результаты обследования, наблюдения и лечения пациентки с инфарктом миокарда, осложненного в остром периоде нарушением ритма в виде желудочковой тахисистолы на фоне удлинённого QT, развившиеся в результате приема амиодарона и кларитромицина.

Ключевые слова: удлинённый интервал QT, желудочковая тахисистолия, амиодарон, кларитромицин.

CLINICAL CASE ORIGIN OF PROLONGATION OF INTERVAL QT

R.G. SAIFUTDINOV, E.V. PAK, L.F. BARIIEVA, R.R. SHARAFUTDINOVA

Abstract. The paper presents the results of the survey, monitoring and treatment patients with myocardial infarction, complicated in the acute period with dysrhythmia in the form of ventricular tachysystole due to long QT syndrome developed as a result of taking amiodarone and clarithromycin.

Key words: prolongation of interval QT, ventricular tachysystole, amiodarone, clarithromycin.

Пациентка Г., 70 лет, поступила в РКБ № 3 07.10.2011 г. с жалобами на общую слабость, интенсивные сжимающие и жгучие боли за грудиной,

ЛИТЕРАТУРА

1. Кардиология / Н.Р. Граб, Д.Е. Ньюби; пер. с англ.; под ред. Д.А. Струтынского. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 704 с.
Kardiologiya / N.R. Grab, D.E. N'yubi; per. s angl.; pod red. D.A. Strutynskogo. – M.: MEDpress-inform, 2006. – 704 s.
2. Окорков, Л.Н. Диагностика болезней внутренних органов. (Диагностика болезней сердца и сосудов) / Л.Н. Окорков. – М.: Мед. лит., 2004. – Т. 8. – 432 с.
Okorokov, L.N. Diagnostika boleznei vnutrennih organov. (Diagnostika boleznei serdca i sosudov) / L.N. Okorokov. – M.: Med. lit., 2004. – T. 8. – 432 s.
3. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией / под ред. акад. РАМН В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008. – С.409–415.
Vnutrennie bolezni s osnovami dokazatel'noi mediciny i klinicheskoi farmakologii / pod red. akad. RAMN V.S. Moiseeva. – M.: GEOTAR- Media, 2008. – S.409–415.
4. Кардиология: руководство для врачей / под ред. Н.Б. Перепеч, С.И. Рябова. – СПб.: СпецЛит, 2008. – Т. 2. – С.15–18
Kardiologiya: rukovodstvo dlya vrachei / pod red. N.B. Perepetch, S.I. Ryabova. – SPb.: SpecLit, 2008. – T. 2. – S.15–18.
5. Мухарлямов, Н.М. Субаортальный стеноз (идиопатический гипертрофический) / Н.М. Мухарлямов, И.Ф. Затушевский. – Кишинев: Штиница, 1982. – С.3–171.
Muharlyamov, N.M. Subaortal'nyi stenoz (idiopaticeskii gipertroficheskii) / N.M. Muharlyamov, I.F. Zatushevskii. – Kishinev: Shtinica, 1982. – S.3–171.
6. Болезни сердца и сосудов: руководство для врачей / под редакцией Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1992. – Т. 2. – С.220–239.
Bolezni serdca i sosudov: rukovodstvo dlya vrachei / pod redakciei E.I. Chazova. – M.: Medicina, 1992. – T. 2. – S.220–239.

иррадиирующие в левое плечо, которые не прошли после приема экстракта валерианы, пустырника и продолжались в течение 6 ч. Больная на скорой медицинской