

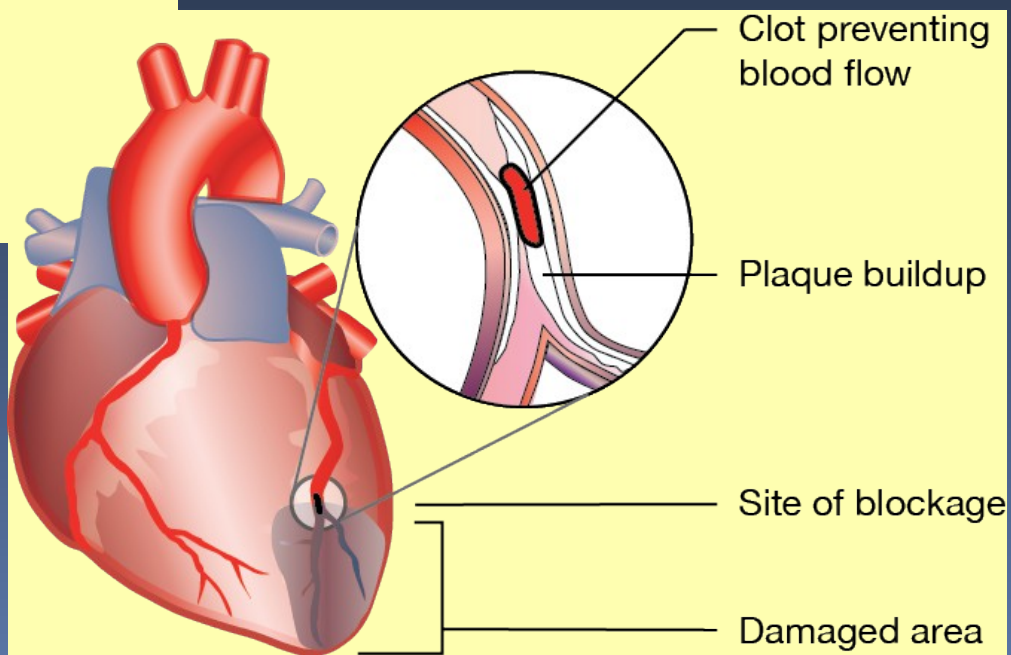
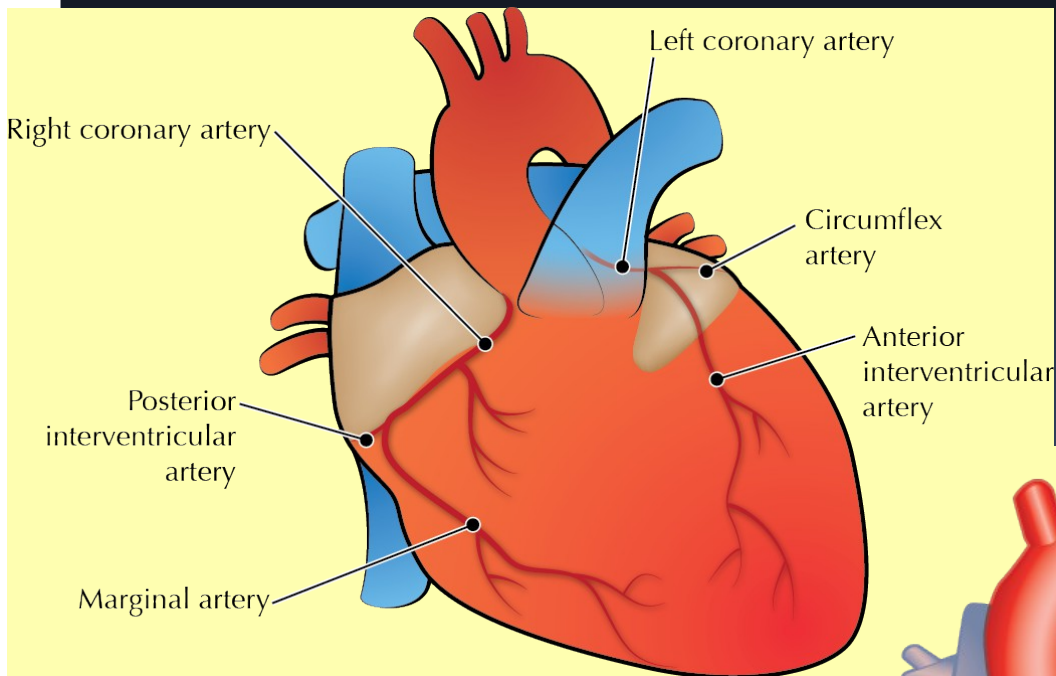
# КADIOГЕНЕН ШОК - КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Д.Трендафилова

УМБАЛССЗ „Св. Екатерина“



# Факти : ОКС - водеща причина за смърт с нарастващ риск от повторни събития



# Клиничен алгоритъм

STEMI



Primary PCI  
capable center

UA/NSTEMI

Ongoing chest pain  
Hemodynamic/rhythm instability

no

High-risk

yes

Urgent  
cath (IB)

yes

Early non-  
emergent cath (IB)

12-24 hrs (IIA)

no

Early  
conservative  
(IIB)



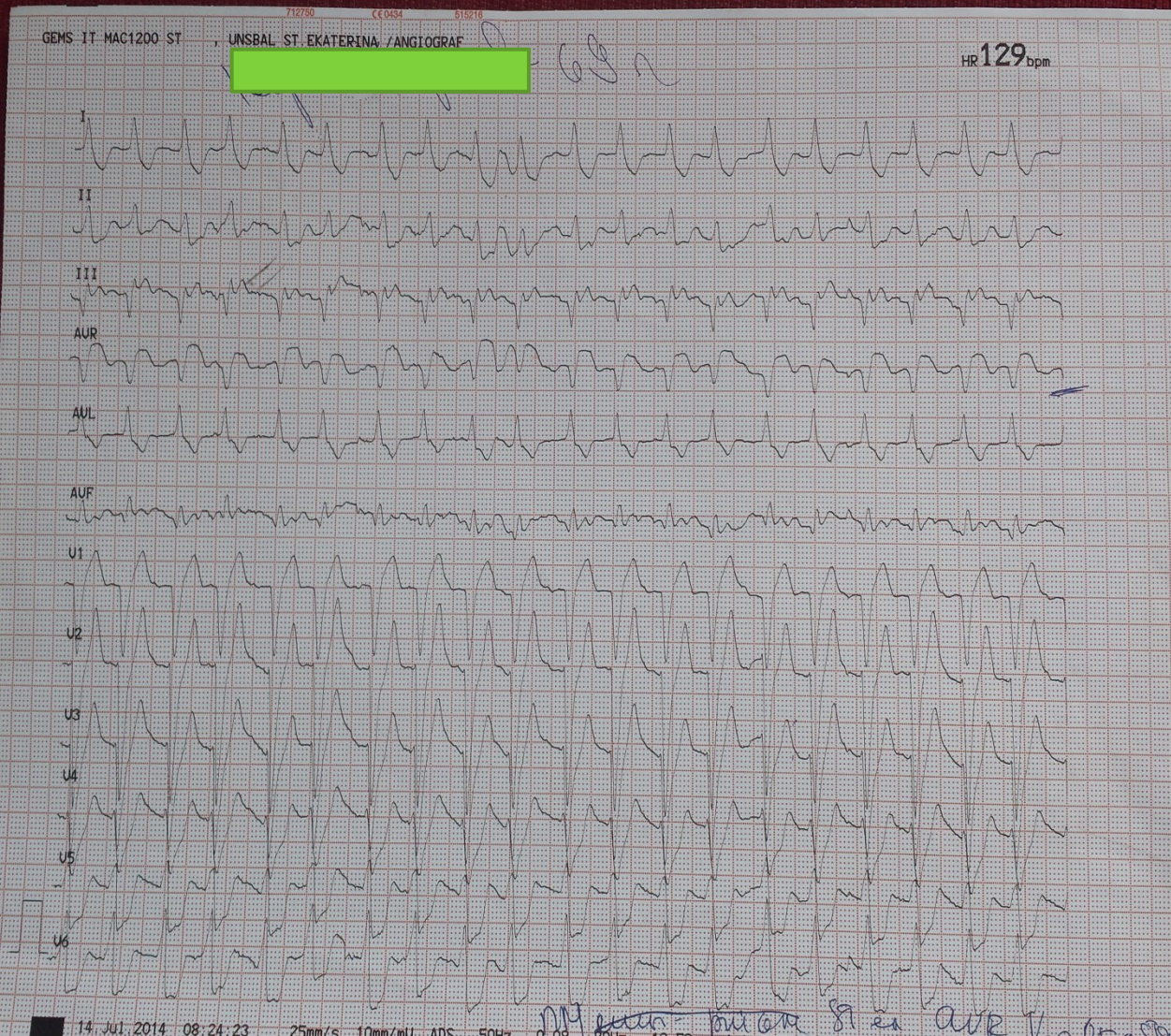
## Хематологични нарушения при диабет

- Повишена тромбоцитна адхезия и активация в отговор на shear stress ( $\uparrow$ P-selectin,  $\uparrow$ Fibrinogen binding capacity)
- Up-regulation of GpIIb/IIIa receptors свързана с хипергликемията, водеща до засилена тромбоцитна агрегация
- Намален капацитет на ендогенната тромболиза
- Наличие на ендотелна дисфункция  $\rightarrow$  намален толеранс към in-situ тромбози и дистална емболизация

# Клиничен случай 1 - Г.Х.Г 69 г

- Анамнеза - Мъж на 69 г постъпващ по спешност с клиника на разгръщаш се белодробен оток на фона на засилваща се гръдна болка с давност от 5 часа. Анамнестично данни за продължителен стенокарден пристъп преди 2 дни - не е потърсил медицинска помощ.
- 2006 г установена триклонова коронарна болест с придружаваща ХАНК - II -III ст извършена орперативна коронарна реваскуларизация - АКБ x 3- LIMA-LAD, вен. графт към RCA, RM1 По отношение на придружаващата периферно-съдова болест оставен на медикаментозно лечение. 2013 г( по данни на близките) проведена инвазивна оценка в чужбина - поставен стент на венозен графт - липсва медицинска документация.
- Придружаващи заболявания АХ , ХБН I ст ( 153 mmol/l)

# ЕКГ при постъпването



# СТ - периферна ангиография



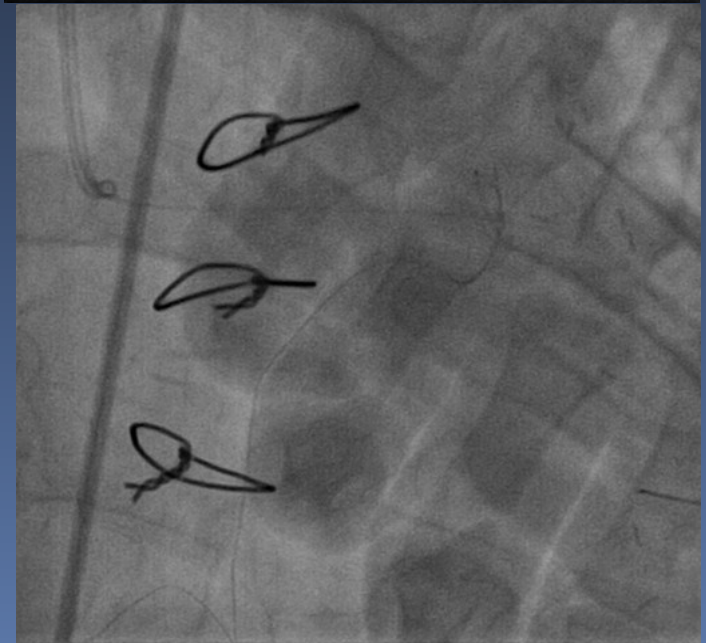
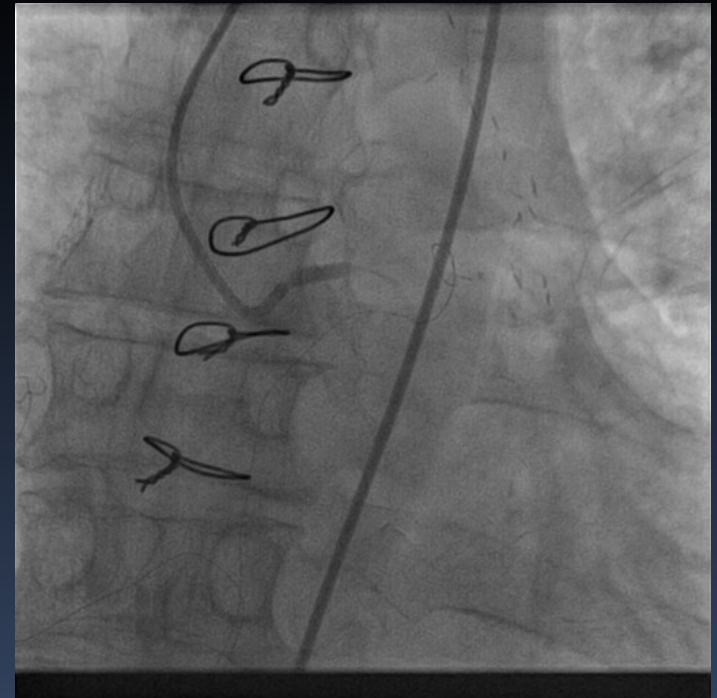
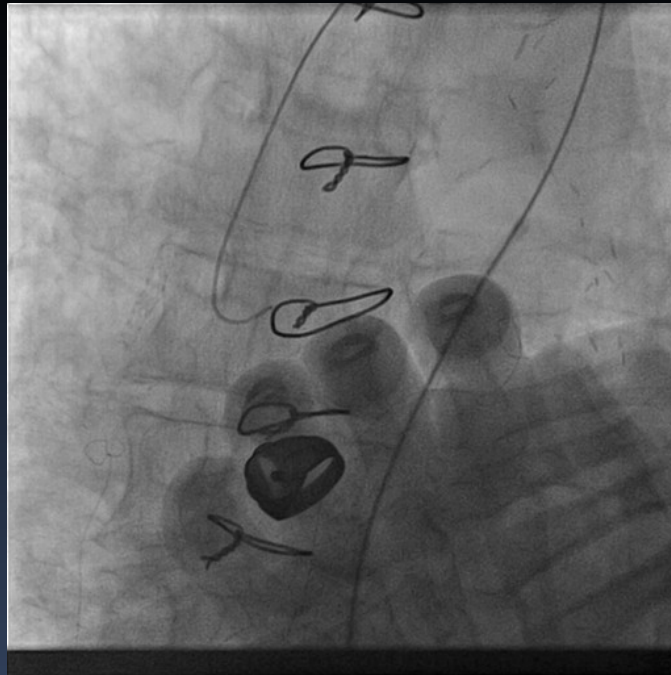
## Клиничен случай 1 - Г.Х.Г 69 г

- ЕхоК - ЛК хипертрофична, септо-апикална хипокинезия  
ФИ- 45% Гранична митрална регургитация до II  
степен. Ао клапа без дисфункция . Десни кухини горно-  
гранични р-ри . ТрИ до II ст Индиректно измерено  
налягане в ДК 40 мм жив. Перикард и плеври без изливи.
- Лаб. Изследвания Hb 102 g/l, leuc 15; trr 155; gluc 22  
mmol/l , СРК 631; МВ 144; ТНТ 17,25; АСАТ 435; АЛАТ  
371; bun 20; creat 197

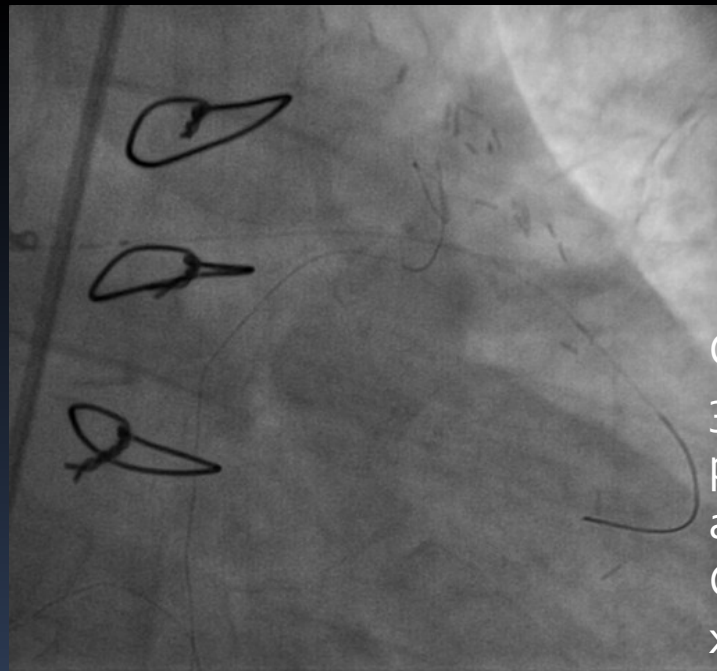


# Клиничен случай 1 - Г.Х.Г 69 г

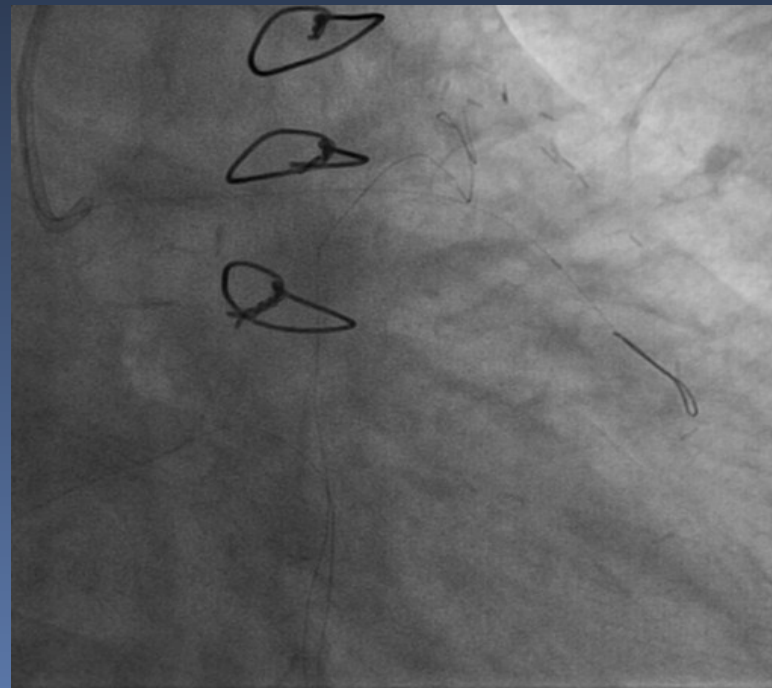
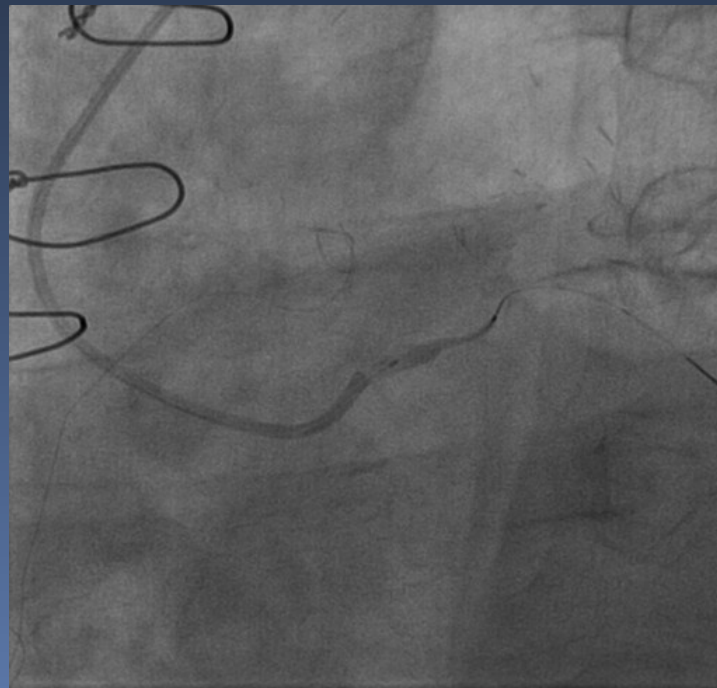
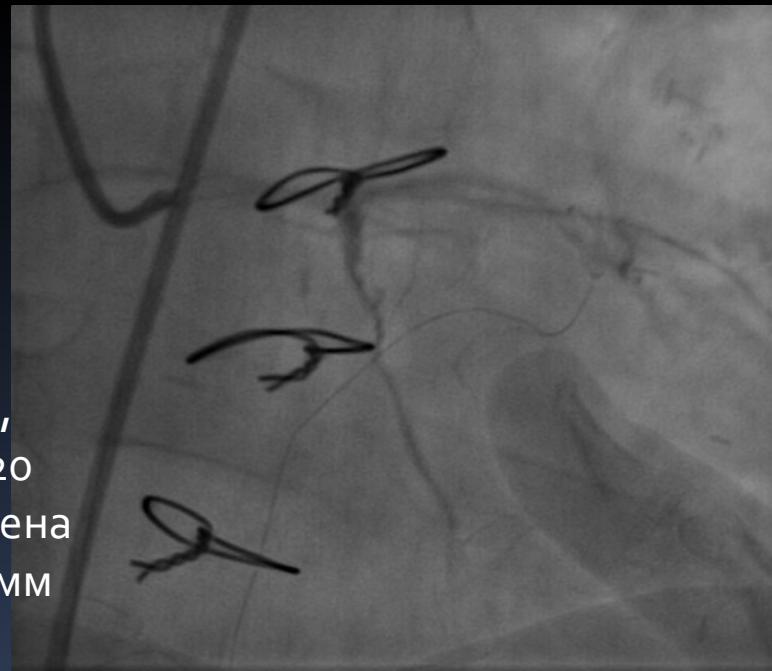
- 10 мин след настаняване в ИС - клинична смърт, регистрирана систолия. Започната КТР - индиректен сърд. масаж, интубация с механична вентилация, венозен и артериален достъп, приложени адреналин, атропин, натриев бикарбонат без ефект, персистираща асистолия, транспортиран до ангиографска зала

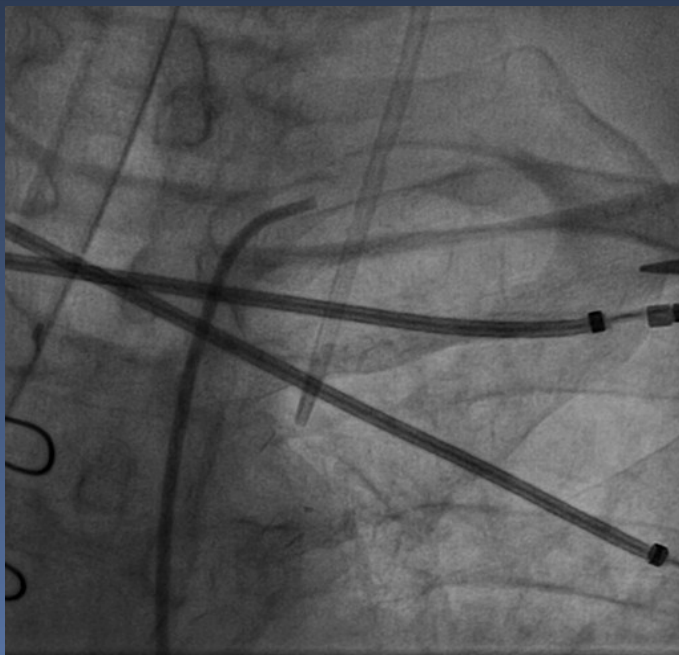
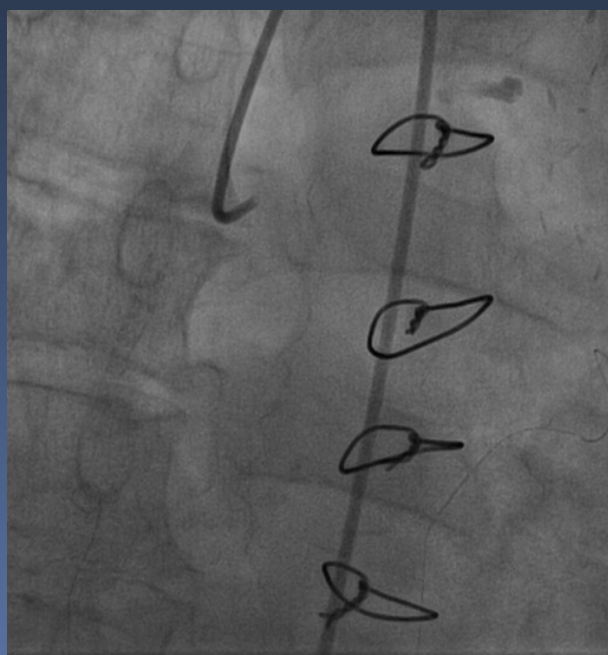
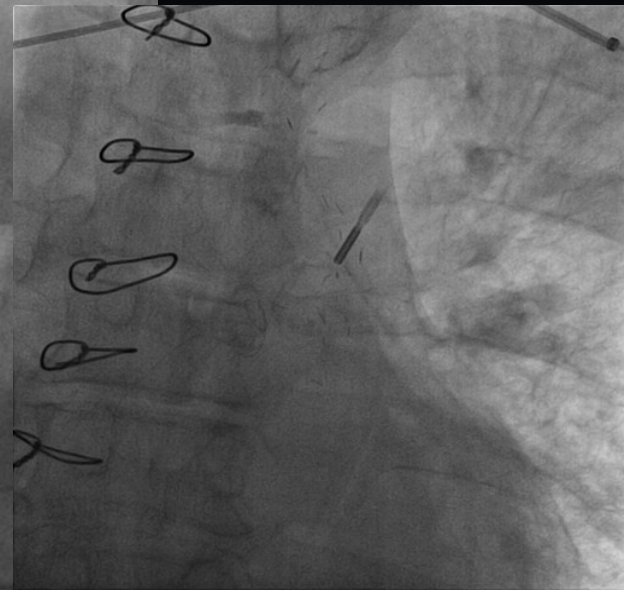
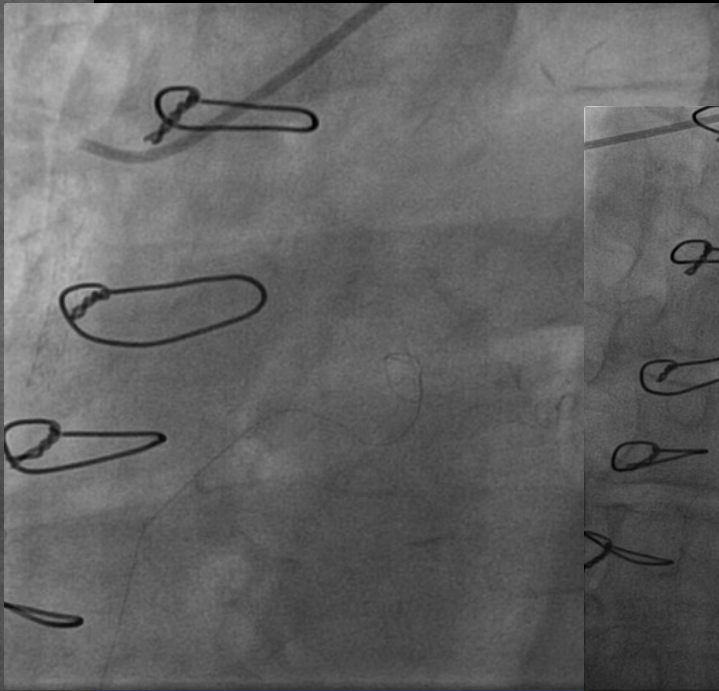
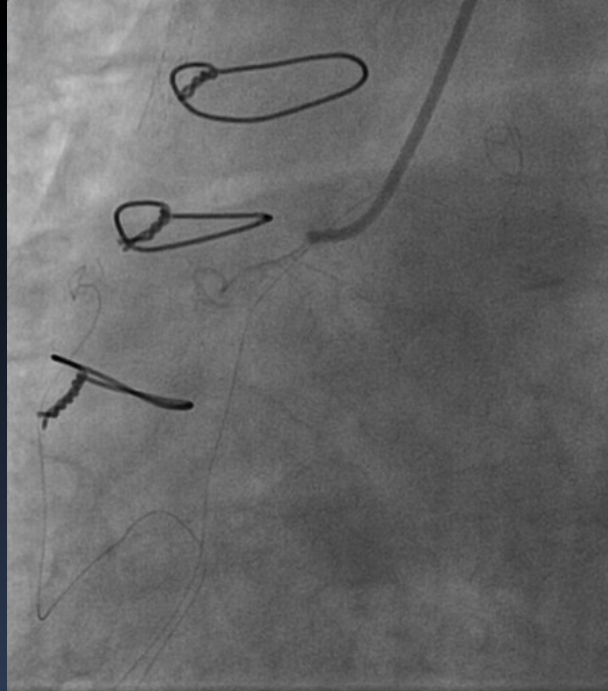


В условия на КТР канюлиране  
ствола на ЛКА, пласиране на  
водач ,тромбаспирация и  
предилатация.  
Rapilisyn - 1/2 доза  
интракоронарно.



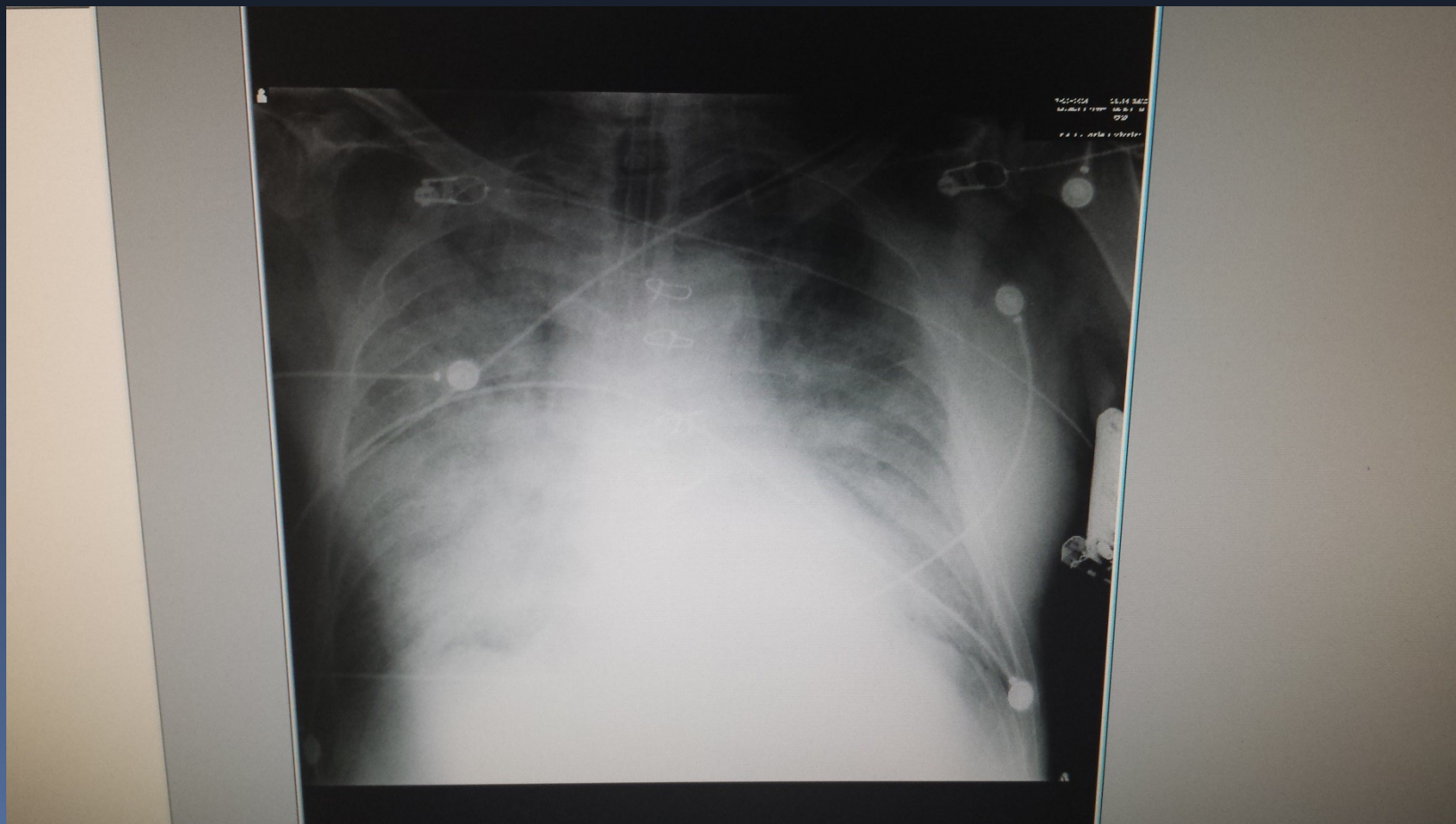
Стентиране с  
3.5/20 мм BMS,  
раздуване до 20  
атм. Възстановена  
СД АН – 80/50 мм  
жив.





Пълна  
диагностика на  
коронарната  
патология и  
имплантиране на  
IABP. Пациента  
преведен в  
реанимация на  
двойна КХА  
поддръжка СЧ 115  
уд/мин АН 100/80  
мм жив. ЦВН 11см

Клиничен случай 1 - Г.Х.Г 69 г  
Ро-графия в реанимация - белодробен оток



# Клиничен случай 1 - Г.Х.Г 69 г

## Развитие на заболяването

- 12 часа след процедурата - пациента е адекватен без неврологичен дефицит при относително-стабилни хемодинамични показатели - с. ритъм СЧ 90-100 уд/мин 100-130 мм жив за систола, на фона на двойна КХА поддръжка и IABP 1:1 Персистиращ венозен белодробен застои и незадоволителни газови анализи непозволяващи екстубация - седация Часова диуреза - 80-100 мл/ч след преходна олигурия-анурия, креат - 245 ммол/л, урея 24.
- Транзиторна исхемия на десен крак (IABP) подобряваща се при поддържане на по-високи стойности на АН - над 130мм жив.
- Ензимна констелация - СРК - 5326:МВ 1035:ТNT над 50:
- ЕхоК - ФИ 40% МиИ I ст Двустранни плеврални изпиви до 300 мл

# Клиничен случай 1 - Г.Х.Г 69 г

## Развитие на заболяването

- HEART TEAM - съдов хирург, кардиохирург, кардиолог, анестезиолог - взето решение за изваждане на помпата поради напредваща исхемия на крайника, включване на хемофилтър .
- В последващите дни нестабилна хемодинамия, двукратно КМ, прогресивно задълбочаване на СН и exitus letalis на 5-ти ден

STEMI с давност на болката над 5 часа

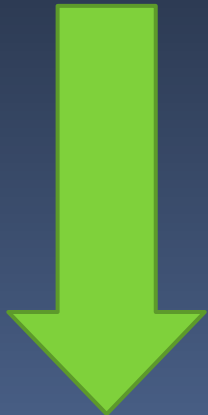
Тежка подлежаща многоклонова коронарна болест

Компроментирана коронарна циркулация (АСВ)

Предхождаща ЛК дисфункция

Придружаваща полисъдова патология

Липса на адекватна терапия



СТВОЛОВА ТРОМБОЗА



КАРДИОГЕНЕН ШОК

Смъртност над 80%

Интервенционално лечение  
Агресивна терапия





# Избор - Всичко или нищо !

Целта оправдава средствата .



Благодаря за вниманието!