

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ПАЦИЕНТ С ПЕРСИСТИРАЩ БОТАЛОВ ПРОТОК

Кр.Кощикова, Н. Рунев, Т. Донова

КПВБ “Проф. Ст. Киркович”, Клиника по
Кардиология, МУ-София

*Зимно училище за специализанти по
кардиология*

21-24. 03. 2013г.

БАНСКО

ОТ АНАМНЕЗАТА

А. Ц. И на 37 год. из № 2108 год от гр.
Перник, приет на 22. 01. 2013 г, изписан на
30. 01. 2013 год.

- Постъпва за **втори път** в клиниката с оплаквания: от задух и умора при обичайни физически усилия, прекордиален дискомфорт, периодично глвоболие.
прекордиален дискомфорт.

ОТ АНАМНЕЗАТА

- В детска възраст чут “шум” на сърцето, интирпретиран като персистиращ Боталов проток, динамично проследяван. На 6-7 год. възраст обсъждана хемодинамична оценка, която не е осъществена. За период от 4-5 год. не е наблюдаван. Във времето е обсъждан междукамерен дефект. От 2000 г до 2002 ЕхоКг е определяно **БАН 30-40 mm**. Нг.Началото на м. април 2009 е измерено **БАН 100 mm**. Нг и е насочен за инвазивна оценка.

ОТ АНАМНЕЗАТА

- 2002 г.с MRI и сърдечна катетеризация е установен **персистиращ Боталов проток** с изравняване на наляганията в аорта и белодробна артерия
- 2007 г. по повод на **еритремия** за изключване на полицитемия вера е извършено изсл. на серумния еритропоетин и молекулярно изсл. на фузионни гени:
t(9;22)/ M-BCR-ABL;
t(9;22)/ m-BCR-ABL;
JAK2 мутация V617F.

Заключение: Не се установяват молекулярни еквиваленти на Филадельфийска хромозома и мутация V617F на JAK2 гена.

- Фамилна обремененост: не съобщава.
- Вредни навици: отрича;
- Алергии: отрича.

ОТ СТАТУСА

- **Общо състояние:** запазено.
- **Периорална цианоза, шиен венозен застой.**
- **Дихателна система:**
сонорен перкуторен тон, скъсен в основите двустранно, везикуларно дишане, дребни влажни незвънливи хрипове в двете основи.

ОТ СТАТУСА

- **Сърдечно съдова система:**

Сърдечни граници разширени в ляво до МКЛ, ритмична сърдечна дейност, фр. 70 уд/мин, ясни сърдечни тонове; акцентуиран Р₂; АН 130/ 80 mmHg

- **Храносмилателна система:** корем на нивото на гръдния кош

- Черен дроб на 2 см под РД по ДМКЛ

- **Долни крайници:** леки претибиални отоци двустранно.

Лабораторни изследвания

Хемоглобин : 214, 202, 199

Еритроцити: 8.5, 7.89, 7.7

Хематокрит: 0.70; 0.66, 0.64

Тромбоцити 106; 105

Биохимични изследвания:

Креатинин 123, пик.к-на 558 ,
АСАТ 12, АЛАТ 14; СРК 48,
СРК-МВ 5;
Електролити: К 5.5, Na 141, Cl 109.

АКР:

pH 7.501

pCO₂ 26.3

pO₂ – 94.6

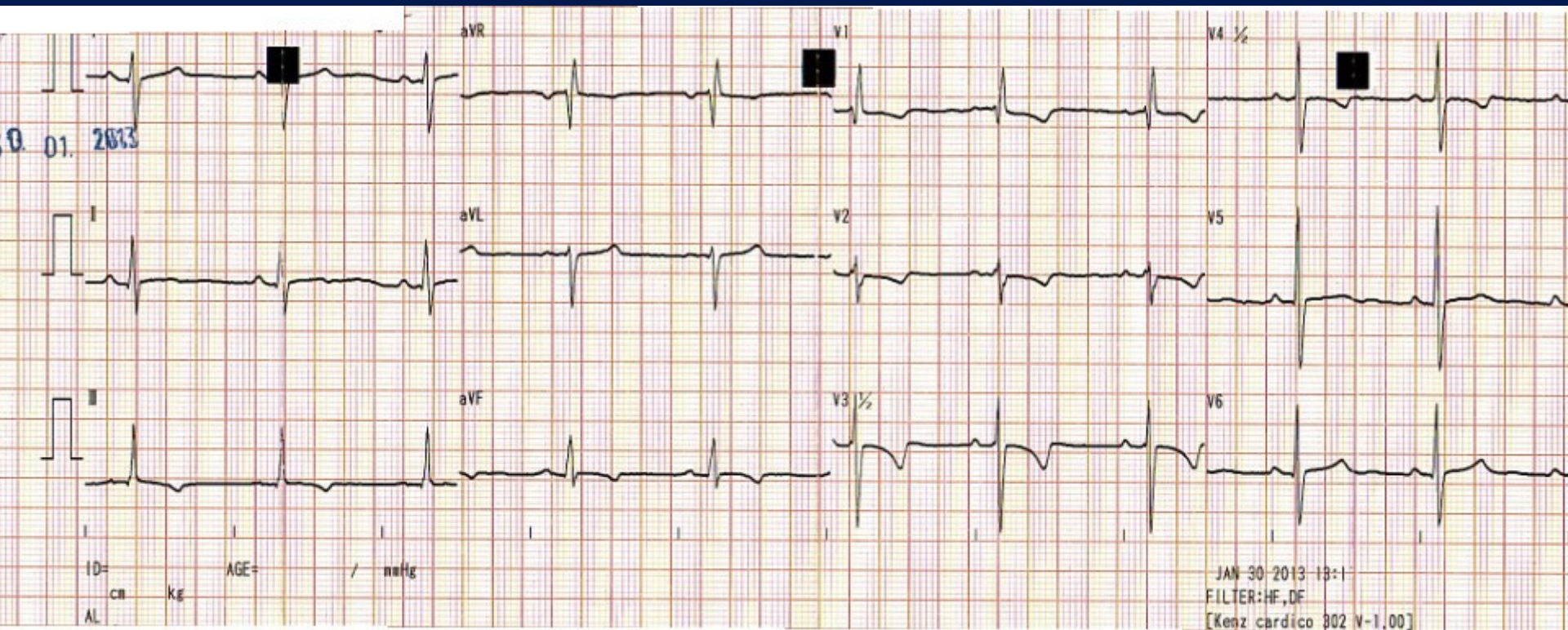
BE -1.4

O₂ сат. 97.9%

ctCO₂ 20.9

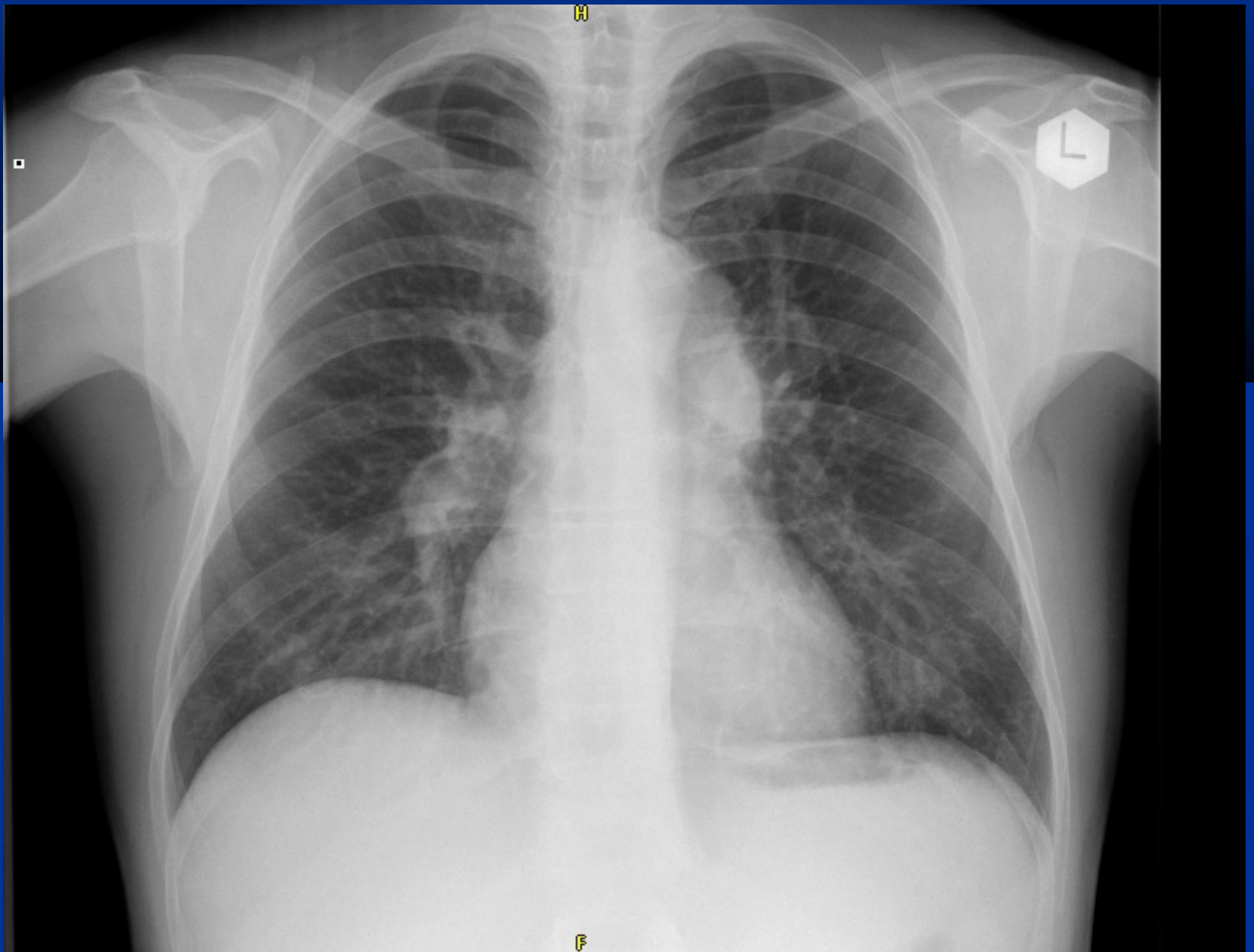
ЕКГ

- Синусов ритъм
- Вертикална позиция
- ДББ, вторични реполаризационни СТ-Т промени.



Ренгенография на бял дроб и сърце:

Изпъкнала дъга на артерия пулмоналис,
усилен хилусен рисунък по- изразен в дясно,
без данни за плеврални изливи.



ЕХОКАРДИОГРАФИЯ

Сърдечни кухини:

ЛП- 38, 50/38

ДП 41/47

ЛК: ТСР 28, ТДР 40, ФИ 63%, ФС 33%

ДК 45 мм

ЛК миокард: септум 11, долна стена 11;

Клапен апарат:

МК и Ао К- без изменения.

Трикуспидална клапа-пръстен 38, регургитация Iст.

Максимално систолно налягане в АР 90- 100 mmHg

300113

Philips Medical

S5-1/Adult

FR 45Hz

18cm

2D

40%

C 50

P Low

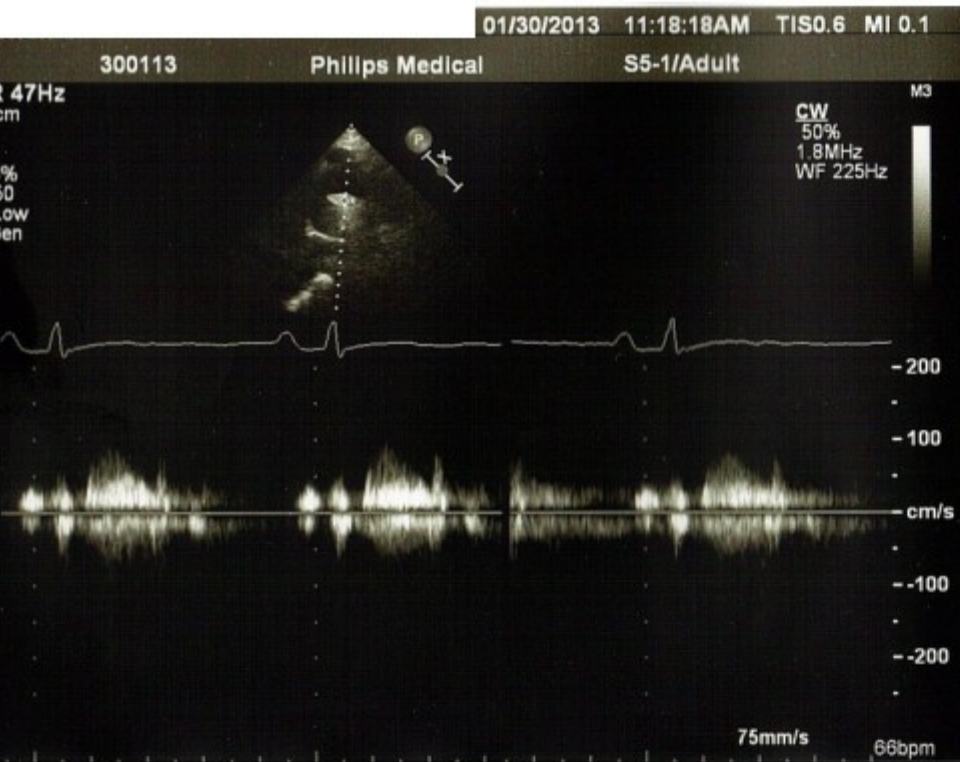
HGen

M3



Dist 4.52 cm
Area 16.0 cm²

71bpm



300113

Philips Medical

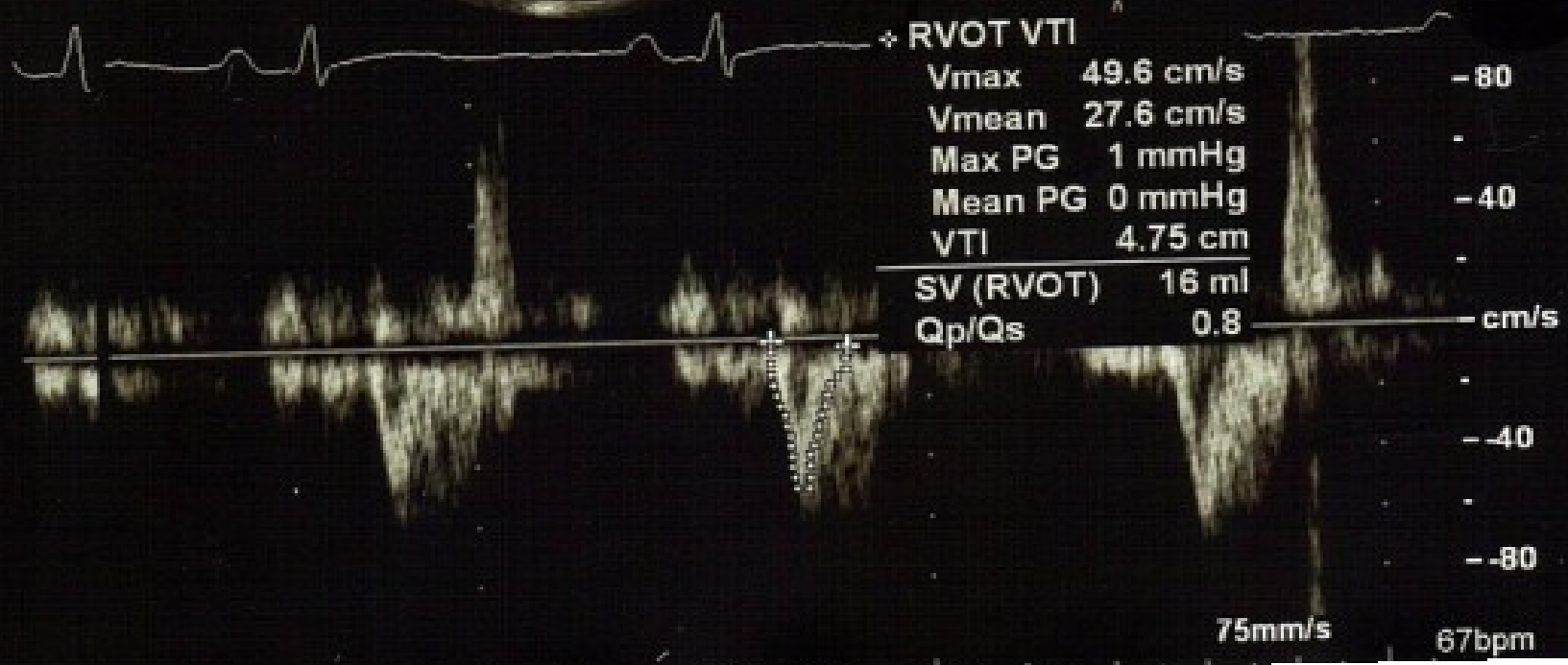
S5-1/Adult

FR 47Hz
17cm

2D
48%
C 50
P Low
HGen

PW
50%
1.6MHz
WF 125Hz
SV4.0mm
5.5cm

M3



01/30/2013 10:58:23AM TISO.7 MI 1.4

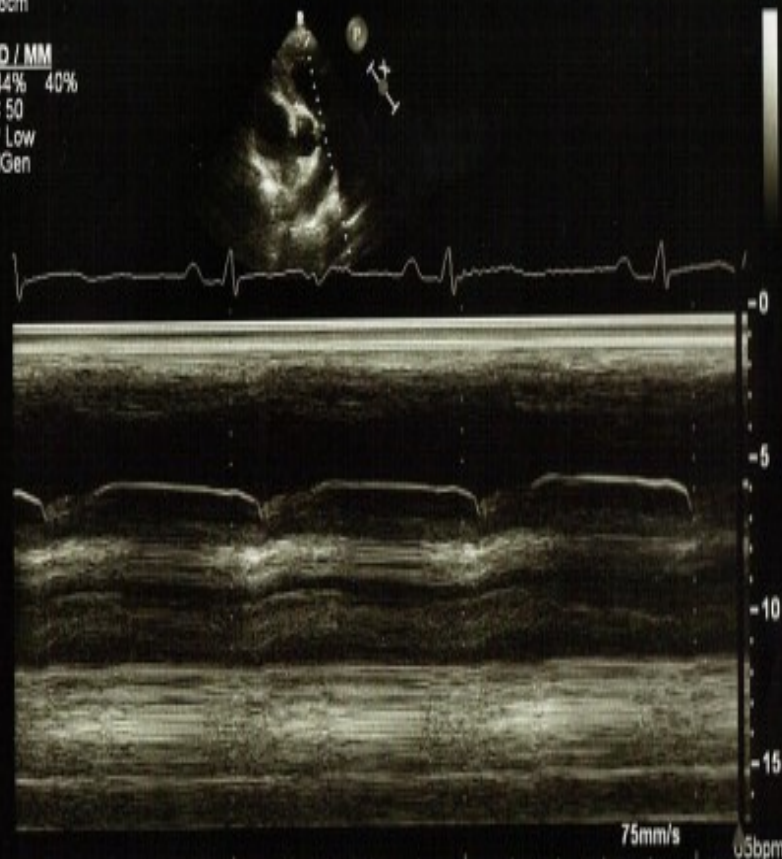
300113

Phillips Medical

S5-1/Adult

FR 25Hz
18cm

2D / MM
44% 40%
C 50
P Low
HGen



01/30/2013 11:02:36AM TISO.7 MI 1.4

300113

Phillips Medical

S5-1/Adult

FR 47Hz
17cm

2D
46%
C 50
P Low
HGen



	Dist	Area
①	3.70 cm	10.7 cm ²
②	4.47 cm	15.7 cm ²
③	4.06 cm	13.0 cm ²
④	3.99 cm	12.5 cm ²

ЕХОКАРДИОГРАФИЯ

Заклучение

ЕхоКГ данни за десностранно
обременяване. Релативна трикуспидална
регургитация. Пулмонална хипертония.

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ

- nadroparin calcium 2 x 0.6 mg s.c.
- acetylsalicylic acid 100 mg
- furosemid 20mg. i.v
- allopurinol 2x 100 mg
- кръвопускане
- При изписването
- acetylsalicylic acid/ esomeprazole 81/20 mg.
- Clopidogrel 75 mg.
- allopurinol 2x 100 mg

ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

ВРОДЕН СЪРДЕЧЕН ПОРОК. ПЕРСИСТИРАЩ
БОТАЛОВ ПРОТОК. СИНДРОМ НА
АЙЗЕНМЕНГЕР- ВИСОКОСТЕПЕННА
ПУЛМОНАЛНА ХИПЕРТОНИЯ. ДББ. ИЗОСТРЕНА
ХРОНИЧНА ДЕСНОСТРАННА СЪРДЕЧНА
НЕДОСТАТЪЧНОСТ III ФК. СИМПТОМАТИЧНА
ЕРИТРЕМИЯ. ХИПЕРУРИКЕМИЯ.

Обсъждане

Пациент с данни за вродено сърдечно съдово заболяване – персистиращ Боталов проток, иноперабилен поради развит синдром на Айзенменгер при диагностицирането му, втотрична полиглобулия с еритремия и прояви на хронична застойна десностранна сърдечна недостатъчност.

Обсъждане

Проведената антикоагулантна, антиагрегантна и диуретична терапия, както и двукратно кръвопускане доведе до овладяване на субективните оплаквания, клинични данни за редукция на периферния и белодробен венозен застой, при хемодинамични показатели в оптимални граници.

Обсъждане

Предвид неблагоприятната прогноза при пациента се обсъдиха допълнителни възможности за профилактиране на усложненията с включване на фосфодиестеразни инхибитори и антикогулантна терапия.

В заключение вродените сърдечни малформации обичайно са обект на интензивно диагностично търсене и проследяване предимно в неонаталния период и ранното детство.

Провеждането на системен клиничен контрол в по-късна възраст на неоперирани пациенти, представлява значим клиничен и социален проблем, предвид високата честота от фатални усложнения и определя необходимостта от **специфичен подход и наблюдение в клиничната практика.**

БЛАГОДАРИМ ВИ!