

Зарипова А.И., Куклихина М.В.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ТРОМБОТИЧЕСКИХ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Научные руководители: Галева Ш.Ш., канд. мед. наук, доц. Пальмова Л.Ю.

Кафедра внутренних болезней

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) 2-го типа представляет собой клиническую форму острой ишемической болезни сердца, характеризующуюся развитием некроза миокарда вследствие дисбаланса между метаболическими потребностями кардиомиоцитов в кислороде и его доставкой. Причинами ОИМ 2-го типа могут быть спазм коронарных артерий, анемия, кровопотеря, шок различной этиологии, хирургические вмешательства и др.

Целью нашей работы является демонстрация клинических особенностей ведения пациента с множественными факторами риска тромботических осложнений и развившимся геморрагическим синдромом, приведшим к формированию инфаркта миокарда 2-го типа.

В исследование была включена пациентка 72 лет с множественной коморбидной патологией: ПИКС (от 21.06.2023). КАГ+ЧКВ ПМЖВ от 21.06.2023. Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая АГ. Риск 4. Целевое АД 130-139/70-79 мм.рт.ст. Аневризма левого желудочка. Митральная недостаточность 2-3 степени. Трикуспидальная недостаточность 2-3 степени. ХСН I ФК 3. Легочная гипертензия средней степени. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Каротидная эндартерэктомия из левой ВСА от 02.10.2023 г. Методология исследования включала комплексный анализ медицинской документации стационарного больного, включая лист назначений и результаты проведенных инструментальных исследований.

При первичном обследовании пациентка предъявляла жалобы на выраженную астенизацию, наличие холодного липкого пота, тошноту и двухкратную рвоту содержимым желудка темно-коричневого цвета. В результате комплексного обследования был верифицирован диагноз: "Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Состоявшееся желудочное кровотечение, Forrest 2A. Нормохромная постгеморрагическая анемия тяжелой степени".

Терапевтический протокол включал трансфузию эритроцитарной взвеси. В процессе лечения клиническая картина осложнилась развитием ангинозных болей. Электрокардиографическое исследование (ЭКГ) выявило депрессию сегмента ST в отведениях I, II, aVL, V2-V6, а также наличие положительных маркеров повреждения кардиомиоцитов.

После консультации кардиолога центра чрескожного коронарного вмешательства была выбрана консервативная тактика ведения пациента: отмена антиагрегантной терапии, назначение нитратов, бета-адреноблокаторов, морфина и эндоскопический мониторинг.

После проведения повторной гемотрансфузии зафиксирован рецидив болевого синдрома с углублением депрессии сегмента ST на ЭКГ. Инфузионная терапия нитроглицерином продемонстрировала положительный клинический эффект. В фазе стабилизации состояния была проведена модификация антиагрегантной терапии с использованием неульцерогенного препарата: клопидогрел.

Таким образом, клиническая ситуация характеризовалась высокой сложностью ведения пациента вследствие полиморбидности, развития жизнеугрожающих состояний и трудностей их коррекции. Применение противоишемических препаратов без антикоагулянтной терапии с учетом имеющихся противопоказаний, назначение ингибиторов протонной помпы и коррекция анемического синдрома способствовали стабилизации состояния пациентки с мультиморбидной патологией.