

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ОТРЫВОМ ХОРДЫ ЗАДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Журавлёва Л.В.¹, Лопина Н.А.¹, Кузнецов И.В.², Лопин Д.А.³

¹Харьковский национальный университет, кафедра внутренней медицины № 3, г. Харьков

²КУОЗ «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков

³ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМНУ», г. Харьков

Актуальность. Отрыв хорды митрального клапана является редкой, но важной причиной тяжелой недостаточности митрального клапана и прогрессирования сердечной недостаточности.

Описание клинического случая. 76-летняя женщина поступила в кардиологическое отделение КУОЗ «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова с жалобами на выраженную одышку, отеки нижних конечностей, возникшие внезапно около недели назад, а также повышение температуры до 38⁰С в течение предыдущих нескольких дней, сердцебиение, перебои в работе сердца, выраженную общую слабость. При выполнении рентгенографии органов грудной клетки в ЦРБ по месту жительства выявлена двухсторонняя застойная нижнедолевая пневмония, в связи с чем пациентка была направлена в кардиологическое отделение. В течение последних 20 лет страдала артериальной гипертензией, антигипертензивные препараты принимала регулярно. В анамнезе также имел место длительный стаж (около 30 лет) работы с лакокрасочными материалами. При проведении объективного осмотра выявлено ослабление перкуторного звука в базальных отделах легких, аускультативно жесткое дыхание, единичные сухие хрипы над всей поверхностью лёгких, перкуторно – расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1 см, систолический шум во всех точках аускультации, преимущественно в области проекции митрального клапана, проводящийся в левую подмышечную область, отеки стоп и голеней.

Методы обследования, дифференциальная диагностика. При проведении трансторакальной эхокардиографии отмечено расширение левых полостей сердца, первая степень стеноза аортального клапана, 2 степень легочной гипертензии (73 мм рт.ст.), а также отрыв хорды задней створки митрального клапана с тяжелой митральной регургитацией. Коронарная ангиография показала 40% стеноз проксимального сегмента левой передней нисходящей артерии и 40% стеноз проксимального сегмента правой коронарной артерии. Мультидетекторная компьютерная томография с ангиографией легочной артерии продемонстрировали наличие кардиомегалии, легочной артериальной гипертензии и умеренного двустороннего гидроторакса, признаков тромбоэмболии ветвей легочных артерий при проведении исследования не выявлено. При оценке ФВД выявлены значительные обструктивные нарушения (ОФВ₁ 0.7). После назначения бронходилататоров ОФВ₁ увеличился до 1.5, одышка уменьшилась, однако сохранялась. Дифференциальную диагностику прогрессирующей сердечной недостаточности проводили с аортальным стенозом, ишемической кардиомиопатией, тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии, хроническим обструктивным заболеванием лёгких.

Выводы. Острый отрыв хорды задней створки митрального клапана может приводить к возникновению тяжелой недостаточности митрального клапана, острой сердечной недостаточности или прогрессированию хронической сердечной недостаточности. Постановка диагноза и проведение дифференциальной диагностики у пациентов с коморбидной патологией может быть затруднена из-за низкой настороженности врачей кардиологов в отношении данной патологии. Острый отрыв хорды митрального клапана следует рассматривать как одну из причин прогрессирования сердечной недостаточности у пожилых пациентов с гипертензией, дисфункцией левого желудочка, ишемической болезнью сердца и хроническим обструктивным заболеванием лёгких.