

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра внутренних болезней №2



СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ АРИТМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (описание клинического случая)

Голодников И.А. - ассистент

Багрий А.Э. - зав.кафедрой, д.мед.н., профессор

Сабельникова Я.С. - ассистент

«Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»
Донецк, 04.12.2020

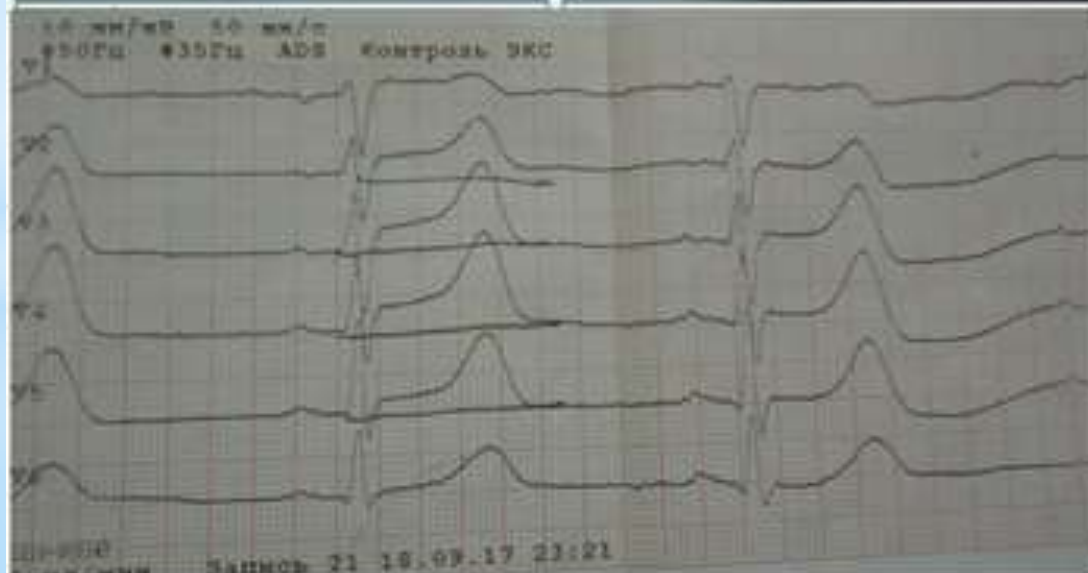
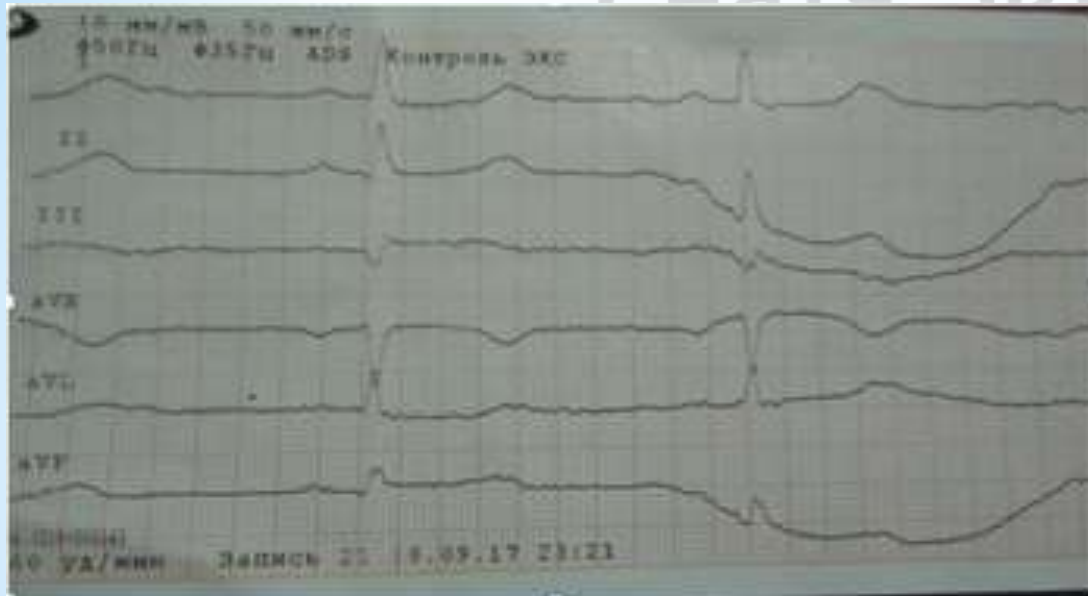
Внезапная сердечная смерть аритмического генеза (ВССАГ) - это ненасильственная смерть, характеризующаяся внезапной потерей сознания в течение одного часа от момента появления острых симптомов. ВСС стоит в ряду актуальных проблем нашего времени. В Российской Федерации по расчетным данным, частота ВСС составляет 450 - 600 тысяч человек ежегодно. В странах Европы ежедневно умирают от ВСС около 2500 человек, в 2 - 5 % случаев возникают в медицинских учреждениях. Около 1/3 больных ИБС умирают внезапно, но наиболее часто ВСС регистрируется в течение первого года после развития инфаркта миокарда (ИМ)

Клинический случай

Больная Р., 56 лет, доставлена в ургентном порядке бригадой СМП 18.09.2017 г в 23.30 с жалобами на боли давящего и сжимающего характера за грудиной, слабость, одышку. Данные симптомы отмечает около суток.

* Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В сознании, контакту доступна. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно - легочный звук. Аускультативно в легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичны, ослаблены. ЧСС - 74 уд/мин. АД=130/80 мм.рт.ст., живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления не нарушены. Отеков нет. Фельдшером СМП на догоспитальном этапе введено: анальгин, гепарин.

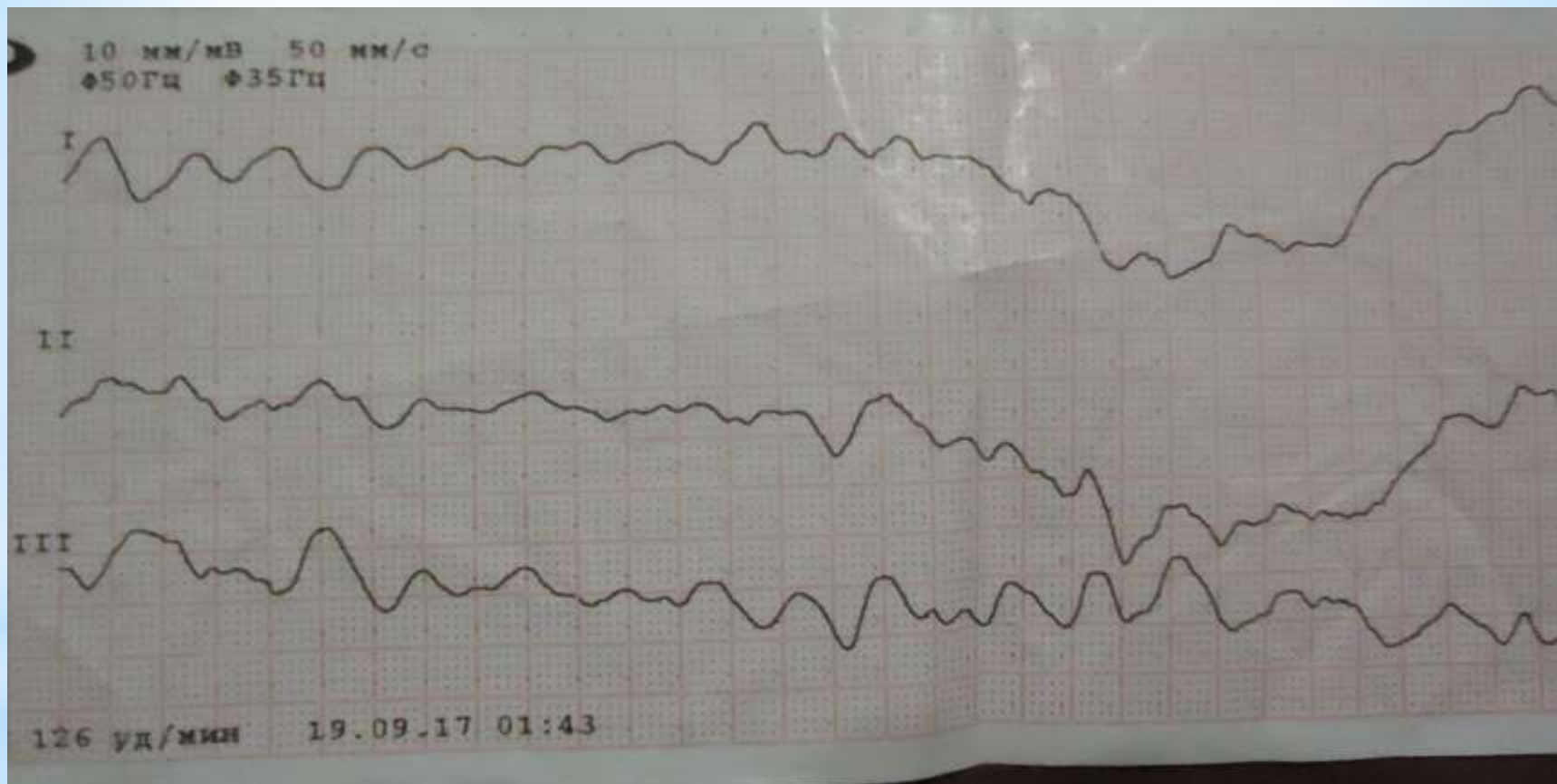
Снята ЭКГ (ЭКГ №1).



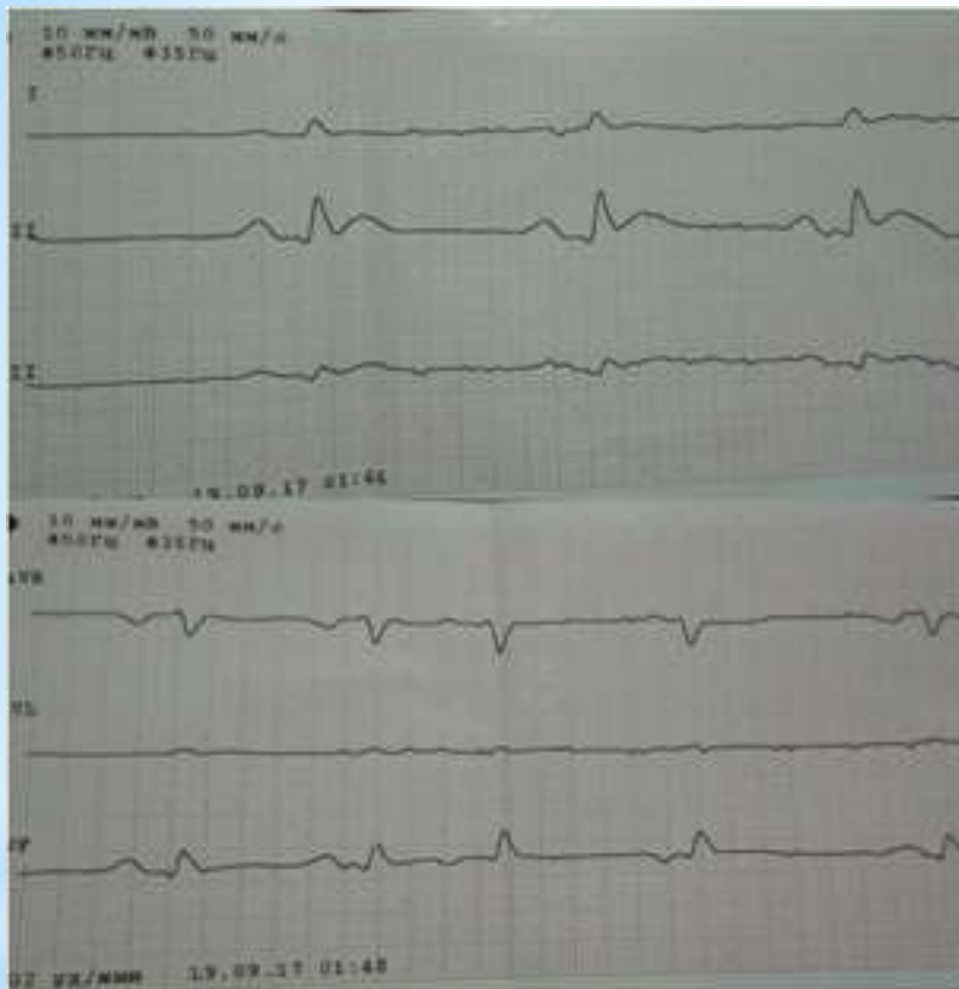
- * Госпитализирована с диагнозом: ИБС: острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST от 18.09.2017.
- * Назначен комплекс лабораторных (общеклинический анализ крови и мочи, биохимические исследования, определение уровня тропонина крови) и инструментальных исследований (ЭКГ в динамике, ЭхоКГ и КВГ в плановом порядке в связи с отсутствием возможности проведения ургентно). Назначенное лечение: режим постельный, диета № 10и, аспирин 75 мг, клопидогрель 75 мг, изокет 10 мл + NaCl 200 мл в/в капельно, аторвастатин 40 мг.

* В 01.30 больная пожаловалась на внезапную слабость. В 01.35 больная потеряла сознание, развился генерализованный тонический судорожный приступ, сопровождающийся прерывистым шумным дыханием. Сердечная деятельность не определялась. Начаты реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких мешком Амбу и маской). Подключен ЭКГ-аппарат

ЭКГ №2



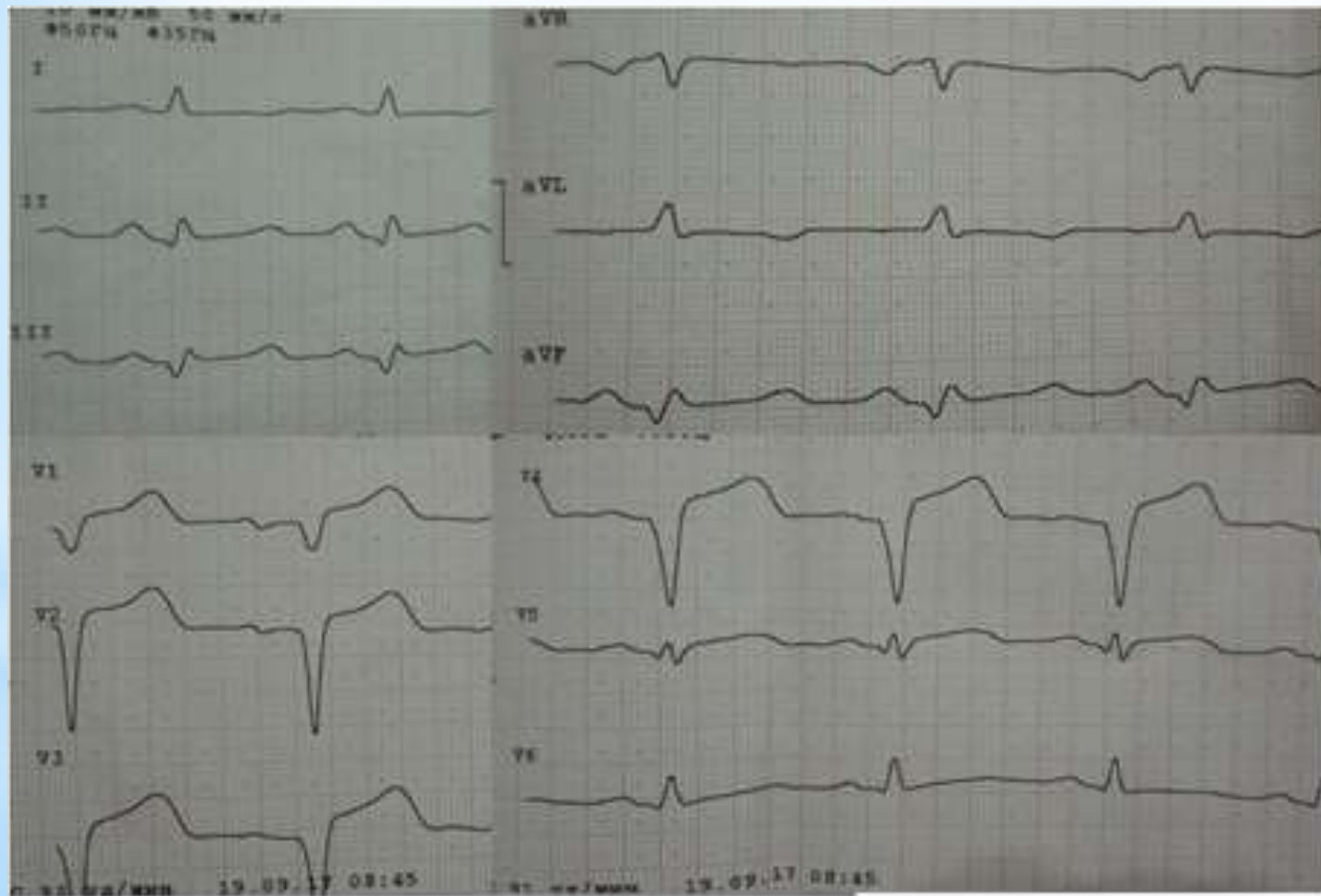
Проведена дефибрилляция трехкратно разрядом мощностью 360 кДж с перерывами на непрямой массаж сердца, введен адреналин 1 мл в/в, сибазон 2 мл в/в. После проведения дефибрилляции судорожный синдром купирован, восстановлена сердечная деятельность и самостоятельное дыхание, сознание. Снята ЭКГ (ЭКГ №3). Реанимационные мероприятия прекращены.



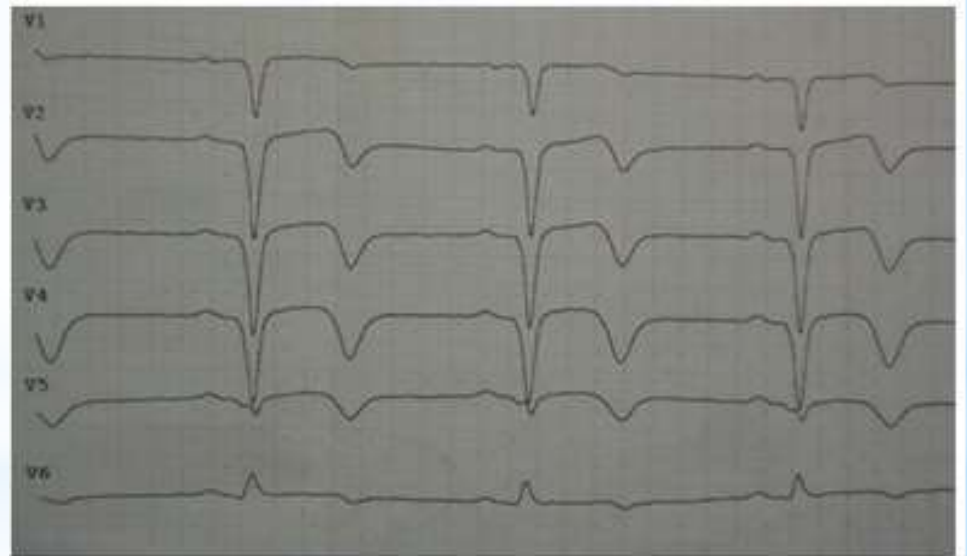
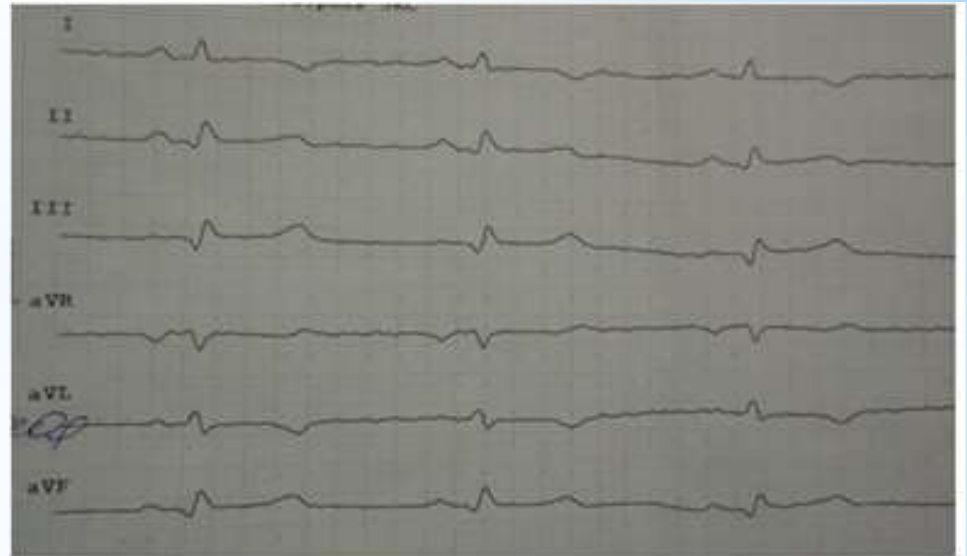
ЭКГ №3

- * По окончании реанимационных мероприятий больная предъявляла жалобы на интенсивные боли в грудной клетке, слабость. Объективно: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-16 в минуту; деятельность сердца аритмична за счет экстрасистол, тоны достаточной громкости, акценты не выражены, ЧСС=75 уд/мин, пульс 68 уд/мин, АД=115/70 мм.рт.ст. Введен промедол 1 мл в разведении внутривенно, после чего в течение 5 минут болевой синдром купирован, больная уснула.
- * После пробуждения объективные данные без изменений,

ЭКГ №4



Больная выписана на реабилитационный этап лечения на 21 сутки после госпитализации в удовлетворительном состоянии. ЭКГ при выписке (ЭКГ №5):



Диагноз при выписке: ИБС: острый Q-инфаркт миокарда передне-септально-верхушечной области с распространением на боковую стенку от 18.09.2020 г. СН 1 (ЭхоКГ не проводилось), с формированием хронической постинфарктной аневризмы. Клиническая смерть, фибрилляция желудочков от 19.09.2020 г., электрическая кардиоверсия, успешная реанимация.

Заключение:

ВССАГ представляет собой сложную проблему, с которой могут столкнуться медицинские работники различных специальностей. Множество различных клинических масок ВССАГ (в данном примере - судорожный синдром) затрудняет своевременное ее распознавание и, как следствие, ведет к задержке начала реанимационных мероприятий, что приводит к увеличению числа догоспитальной и госпитальной летальности.

