

Chronické komplikace DM a manifestace aterosklerózy - kazuistika

MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D., Ústav patologické fyziologie LF UP

**Tvorba a ověření e-learningového prostředí pro integraci
výuky preklinických a klinických předmětů na LF UP a
FZV UP v Olomouci**

Reg. č.: CZ.1.07/2.2.00/15.0313

- **NO:** Muž, 61 let
- **Přivezen pro silnou bolest pravé dolní končetiny a schvácenost trvající dva dny.**
- **OA:**
 - **ICHS** - stp. non Q-IM v povodí RCx v r. 2003
 - **Hypertenze** III. st. dle WHO, špatně korigovaná
 - **Diabetes mellitus** 2. typu na inzulinu
 - **ICHDKK** IIa st.- st. p. PTA, st. p. amputaci prstů bilat., st. p. chir. Revaskularizaci
 - Stp. elektrické kardioverzi pro perzistující fibrilaci síní 1/2011
 - Hyperlipoproteinémie smíšená na statinu
 - Hyperurikémie
 - Syndrom spánkové apnoe
- **RA:** otec + infarkt myokardu v 51 letech, matka + na infarkt myokardu v 81 letech
- **Abusus:** stopkuřák od r.1994, dříve kouřil až 60 cigaret denně

Fyzikální vyšetření

Pacient schvácený bolestí, neklidný, bledý, při vědomí, klidově eupnoický, saturace 93 %, afebrilní

Abdominální obezita. Kožní turgor v normě, kůže anikterická, acyanotická

TK: 160/118 ... postupně pokles ... 110/60, P: 75/min

Hrudník: poklep plný, jasný, dýchání alveolární, bez vedlejších fenomenů, akce přiměřená, pravidelná, ozvy ohraničené

DKK: bez otoků, bez varixů, bez známek zánětu, lýtka měkká, Homans bilat. negat., akra chladná bilat., více vpravo, pulsace na a. femoralis l. dx. nehmatám, na a. femoralis l. sin. hmatné, auskultačně šelest, st. p. amputaci prstů DKK

Laboratorní vyšetření

Při minulé pravidelné prohlídce:

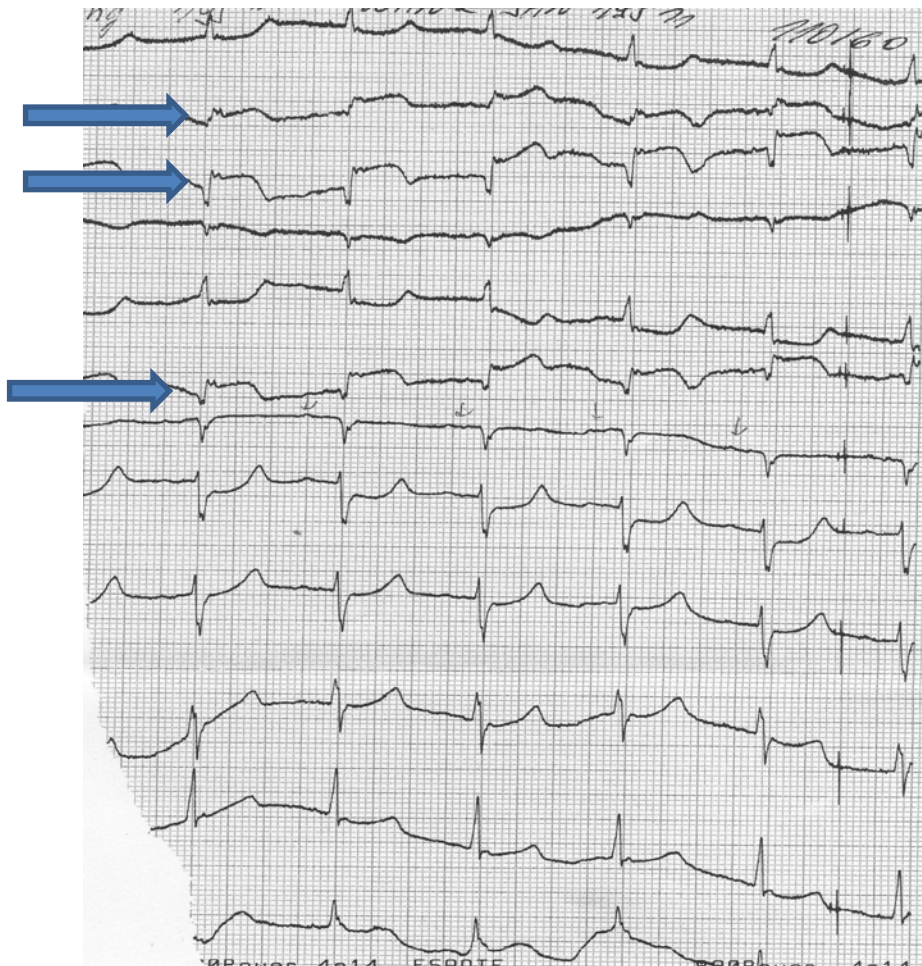
- **Glykemický profil:** Glukóza ráno: 9,7, Glukóza v poledne: 12,2, Glukóza večer: 10,4 mmol/l (tj. nedostatečně kompenzovaný diabetes)
- **Sérum:** Urea: 6,7, Kreatinin: 90,0, Kyselina močová: 416,0 Triacylglycerol: 1,08, Glukóza: **14,38 (↑)**, Cholesterol: 3,66 mmol/l

Aktuálně při vyšetření:

- **EKG:** sinus 75/min, **Paardeho vlny II, III, aVF, horizontální deprese ST V2-V3 !!!**
- **Sérum:** Urea: **17,5 (↑)**, Kreatinin: **240,3 (↑)**, Kyselina močová: 420, AST: **69,18 (↑)**,
- **Kreatinkináza: 8,45 (↑), CK-MB mass: 33,1 (↑), Glukóza: 11,38 (↑), Troponin I: 47,801 (↑) !!!**

EKG

Pardeeho
vlny ve
svodech
II,III,aVF



horizontální
deprese ST
úseku ve V2-4

Závěr

- Infarkt myokardu spodní stěny s ST elevacemi (STEMI) – odeslán na direktní perkutánní koronární intervenci (PCI)
- Kritická ischemie pravé dolní končetiny

Pozn.

Pacient si nestěžoval na bolesti na hrudi – lze vysvětlit poškozením nervového systému při diabetu.

Prioritně je vždy řešena komplikace aterosklerózy na koronárních tepnách než na dolní končetině.

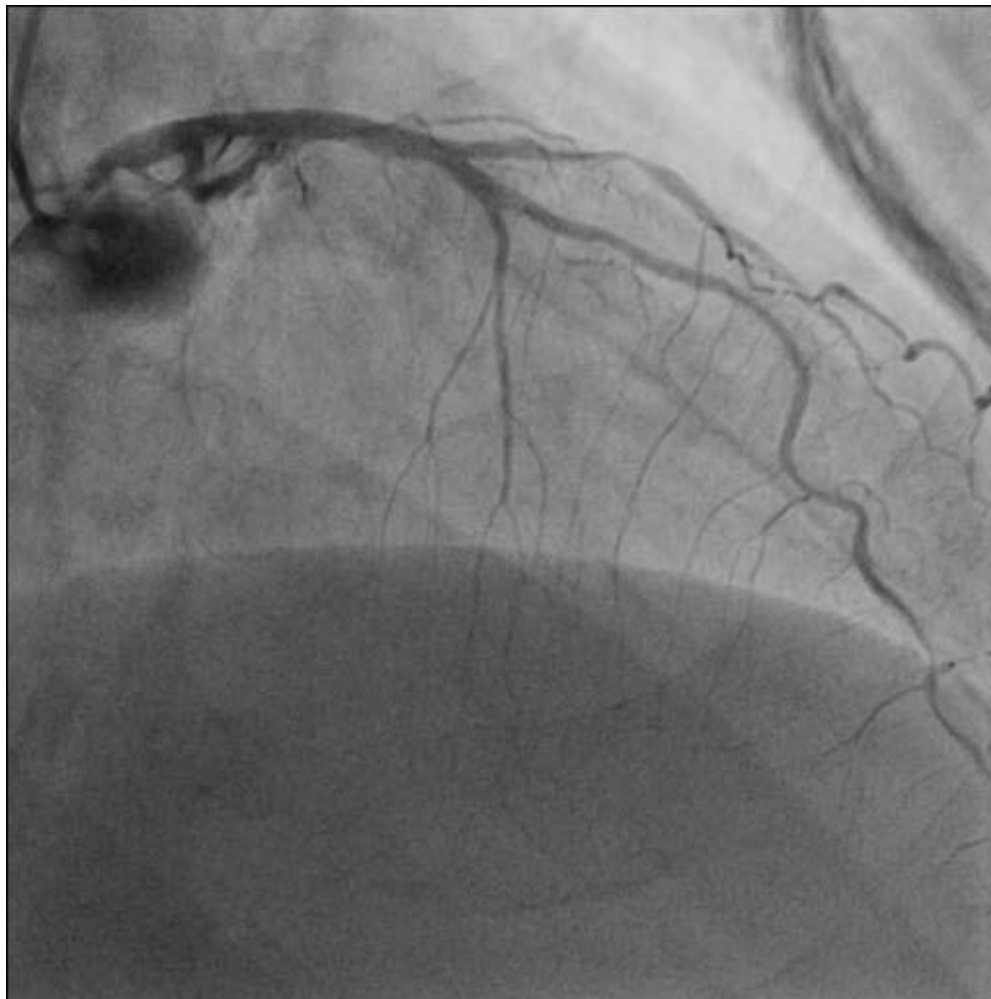
PCI na a. coronaria dextra (ACD):

Uzavřena hned za odstupem z aorty, masivně kalcifikovaná, neplní se.

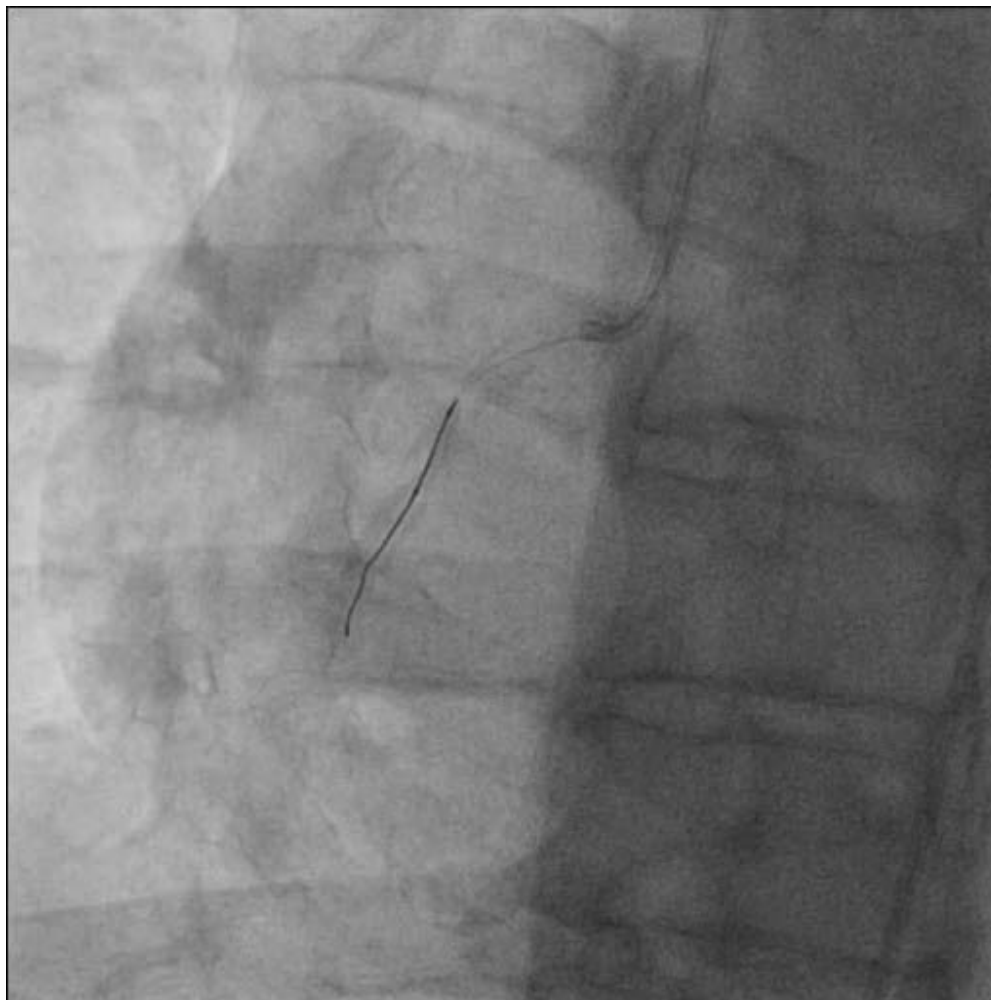


PCI na a. coronaria sinistra (ACS):

Kmen ACS bez stenóz, RIA s nerovnostmi, ve střední části několik táhlých významných stenóz, zde již tepna kalibru < 2 mm. RD 1 s difúzním postižením. RC uzavřen v místě stentu, dále se neplní.



PCI: Neúspěšný pokus o dilataci ACD



Následný průběh po neúspěšné koronarografii

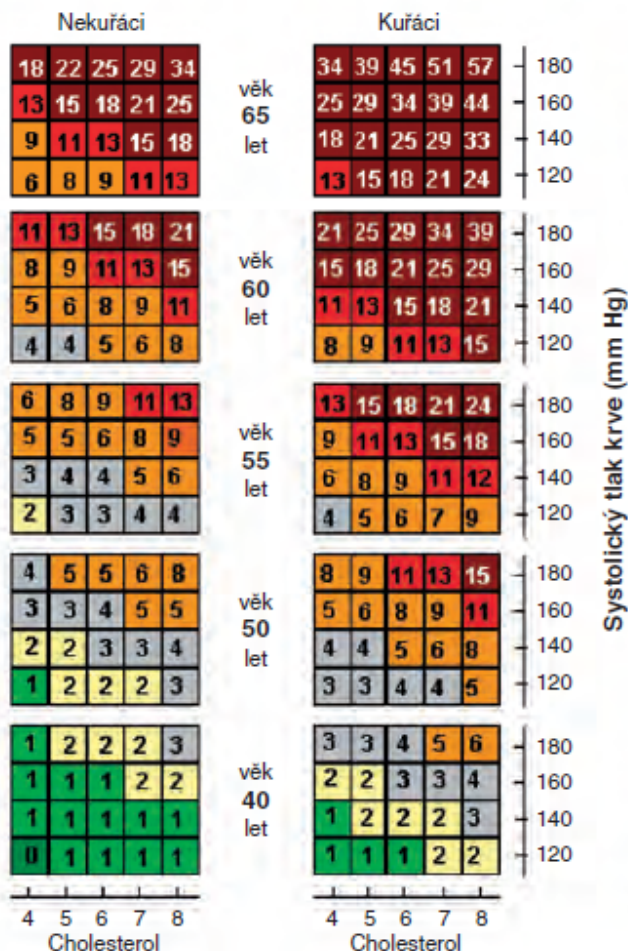
- Pacient přijat na interní kliniku pro akutní infarkt myokardu, neřešitelný intervenčně, ke konzervativnímu postupu pro těžká postižení všech věnčitých tepen prokázaných koronarograficky .
- V průběhu hospitalizace dochází k rozvoji kardiogenního šoku, bez evidentní mechanické komplikace IM, následně srdeční zástava, kardiopulmonální resuscitace neúspěšná.

Které rizikové faktory měl tento pacient pro rozvoj aterosklerózy?

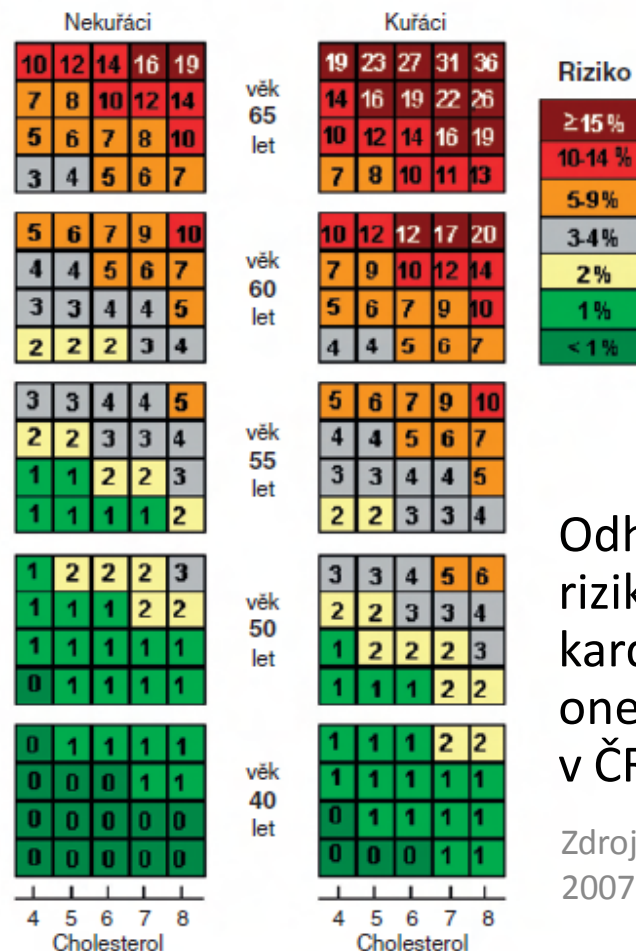
- 1. **Neovlivnitelné** – věk nad 45 let, mužské pohlaví, rodinná anamnéza (infarkt myokardu u otce ve věku méně než 55 let)
- 2. **Ovlivnitelné** – hyperlipoproteinémie, arteriální hypertenze, kouření cigaret, diabetes mellitus, obezita

Jaký byl odhad rizika u našeho pacienta dle tab. SCORE?

Muži



Ženy



Odhad 10letého
rizika fatálního
kardiovaskulár.
onemocnění
v ČR

Zdroj: Cor Vasa
2007;49(3):Kardio