



# Galopująca miażdżycza naczyń wieńcowych u pacjenta z cukrzycą

Anna Tomaszuk-Kazberuk

Klinika Kardiologii  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

# Wywiad

- Chory lat 66
- PCI pnia LTW i proksymalnego GPZ + DES 2006r.
- NSTEMI - POBA Go 2010r
- Zawał serca typu 2 2011r.
- NSTEMI leczony zachowawczo 2012r.
- NSTEMI leczony zachowawczo 2013r.
- Niezakwalifikowany do implantacji ICD (EF38%)
- Nadciśnienie tętnicze od 30 lat
- Cukrzyca t. 2 insulinozależna od 20 lat
- Przewlekła choroba nerek od 20 lat
- Napadowe migotanie/trzepotanie przedsionków

# Wywiad

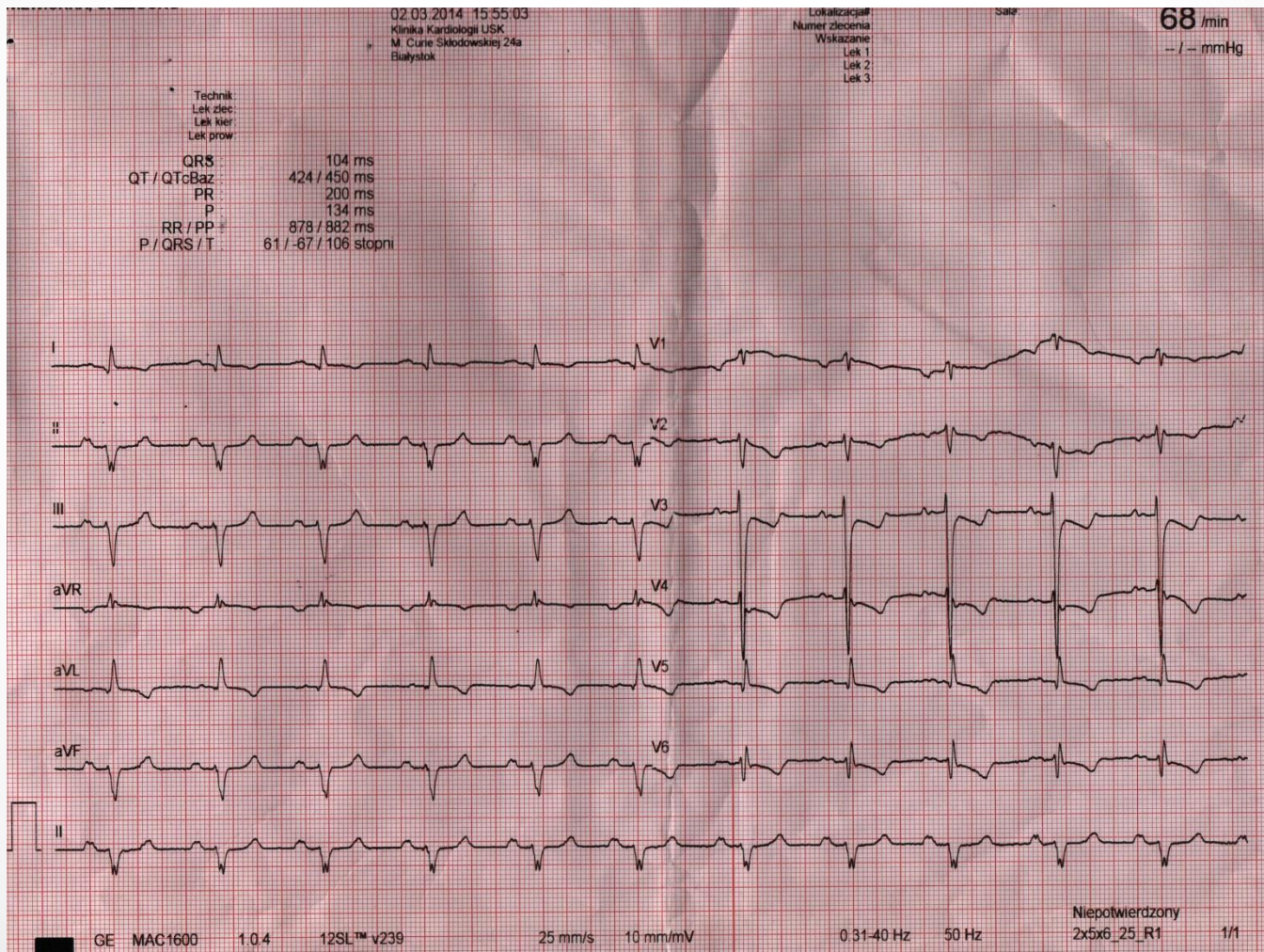
- Przyjęty w marcu 2014r. z powodu objawów CHF
- Tego samego dnia miał być hospitalizowany w Klinice Endokrynologii z powodu niewyrównania cukrzycy (HbA1C 9.3 %)
- Bez bólu w klatce piersiowej
- Stan ciężki, HR 70/min, RR 155/70 mmHg
- Chory pobudzony, utrudniony kontakt logiczny

# Leczenie

- Plavix 75mg
- Sortis 40mg
- Bisocard 5mg
- Prestarium 10mg
- Warfin 5mg
- Furosemid 1-1-0
- Eplerenon 25mg
- Preductal MR 2x1 tabl
- IPP 20mg
- Insulina Actrapid 24j-14j-14j
- Insulina Insulatard 10j o 22:00

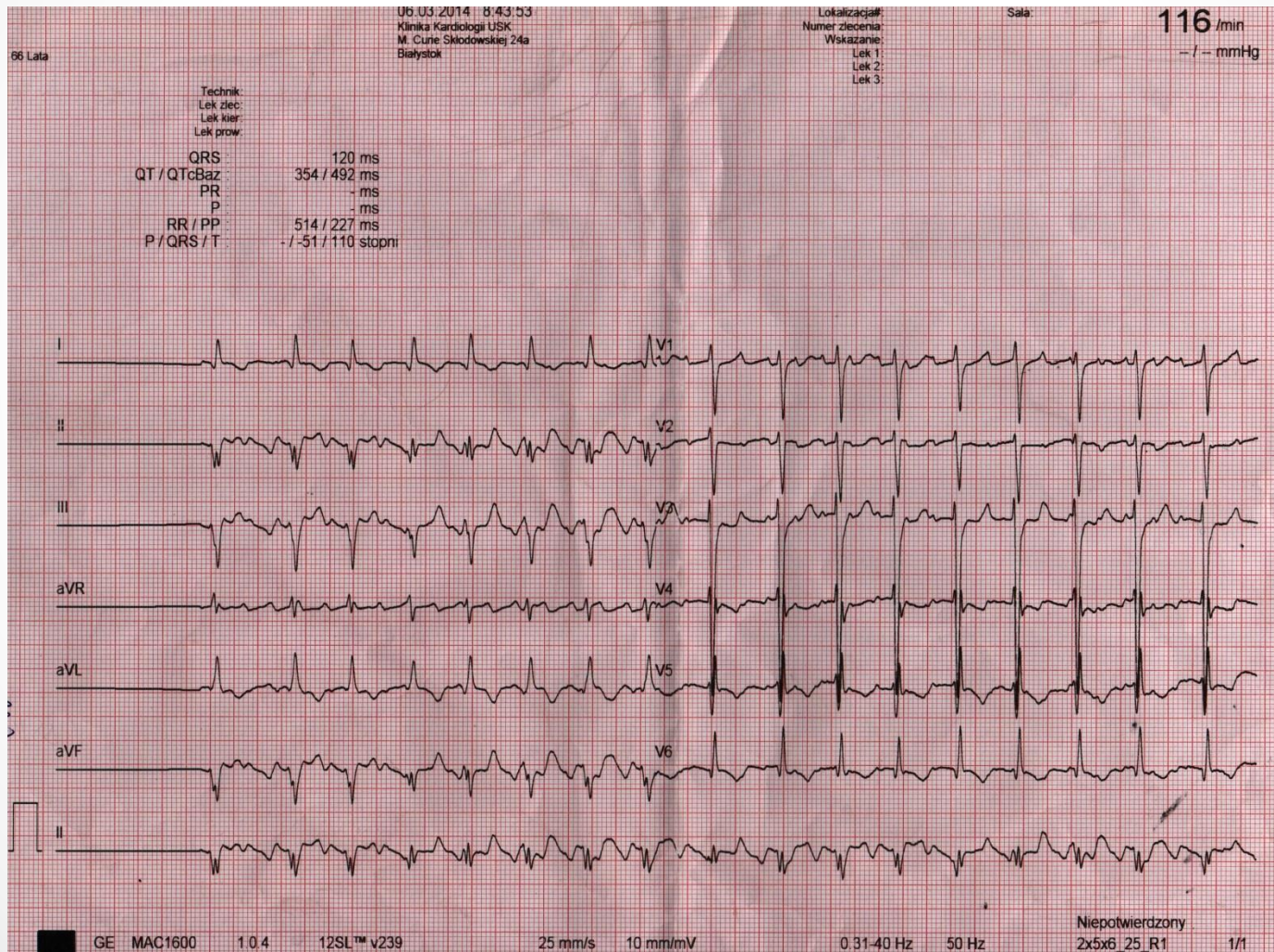
# EKG

- Niedokrwienie ściany przednio-bocznej, zapis stabilny w stosunku do poprzednich EKG



# EKG

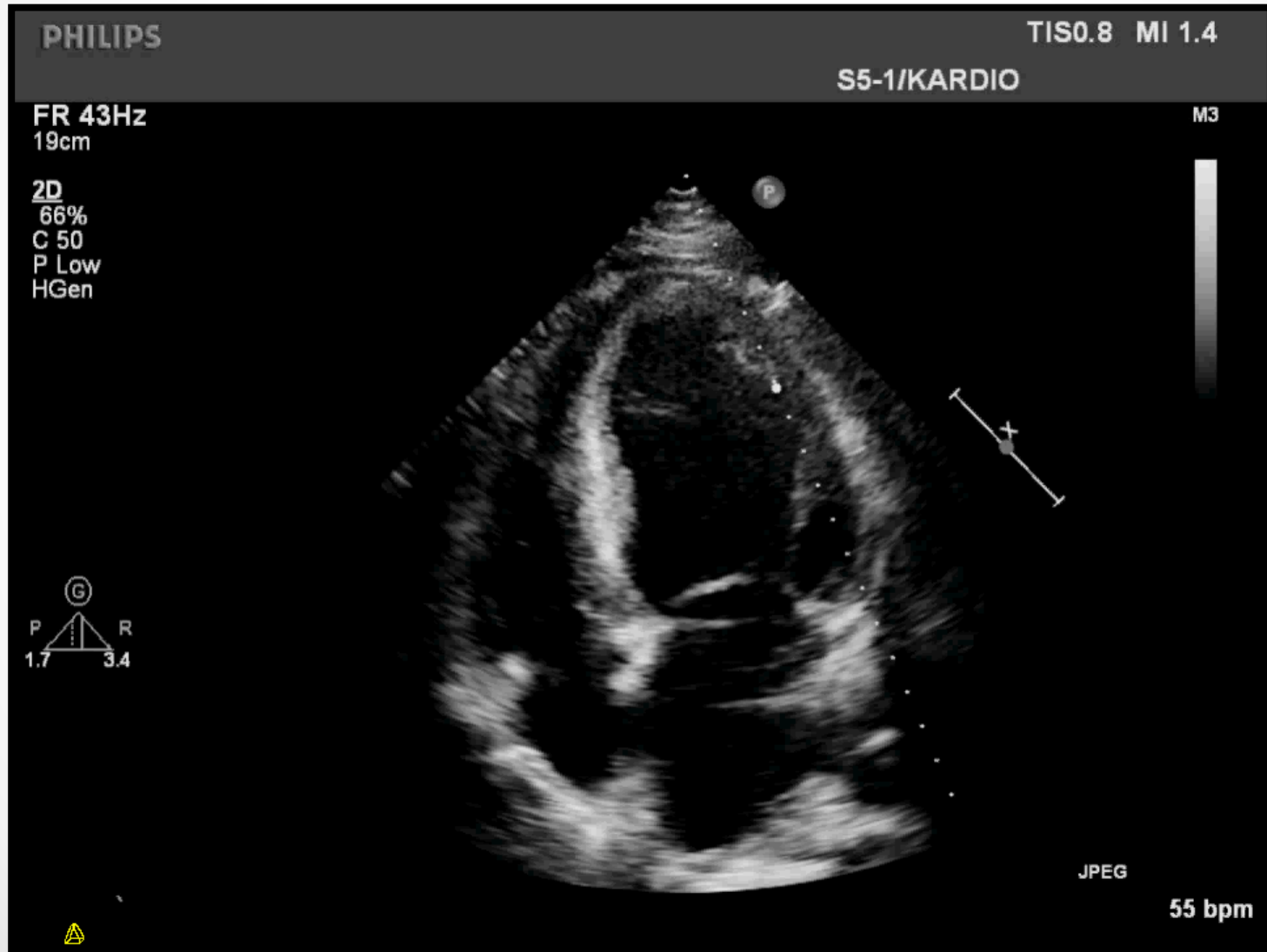
- Zapis stabilny



# Badania laboratoryjne

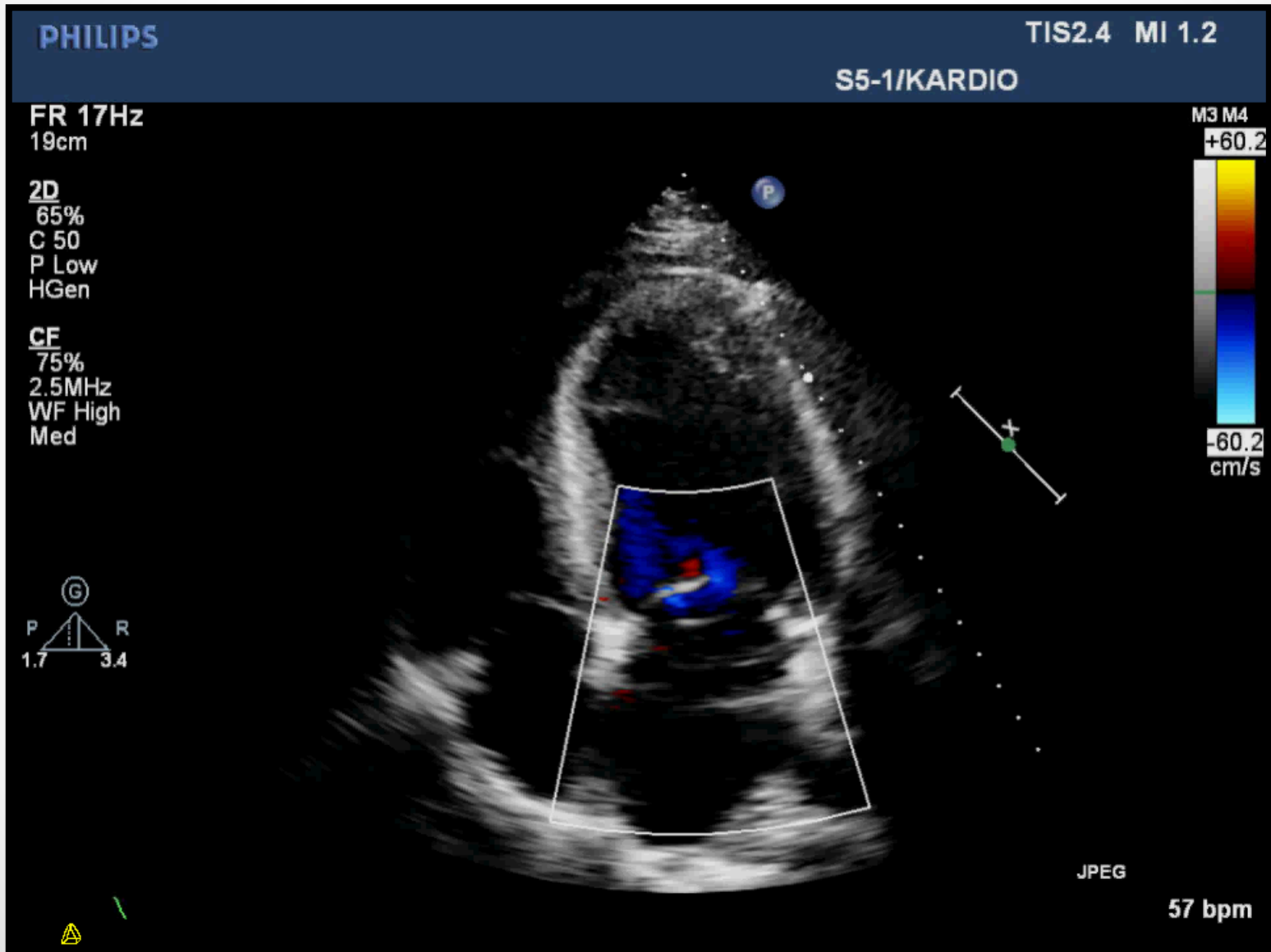
- Hb 14.7 g%
- CRP 1.9 IU/L; CRP121.8 IU/L
- AST 237 IU/L; AST 448 IU/L; ALT 71 IU/L ALT342 IU/L  
Bilirubina 1.4 IU/L
- TSH 0.15 uIU/mL
- Na 136 mmol/L,
- K 5.9 mmol/L
- eGFR 26 ml/min eGFR 11 ml/min

# ECHO





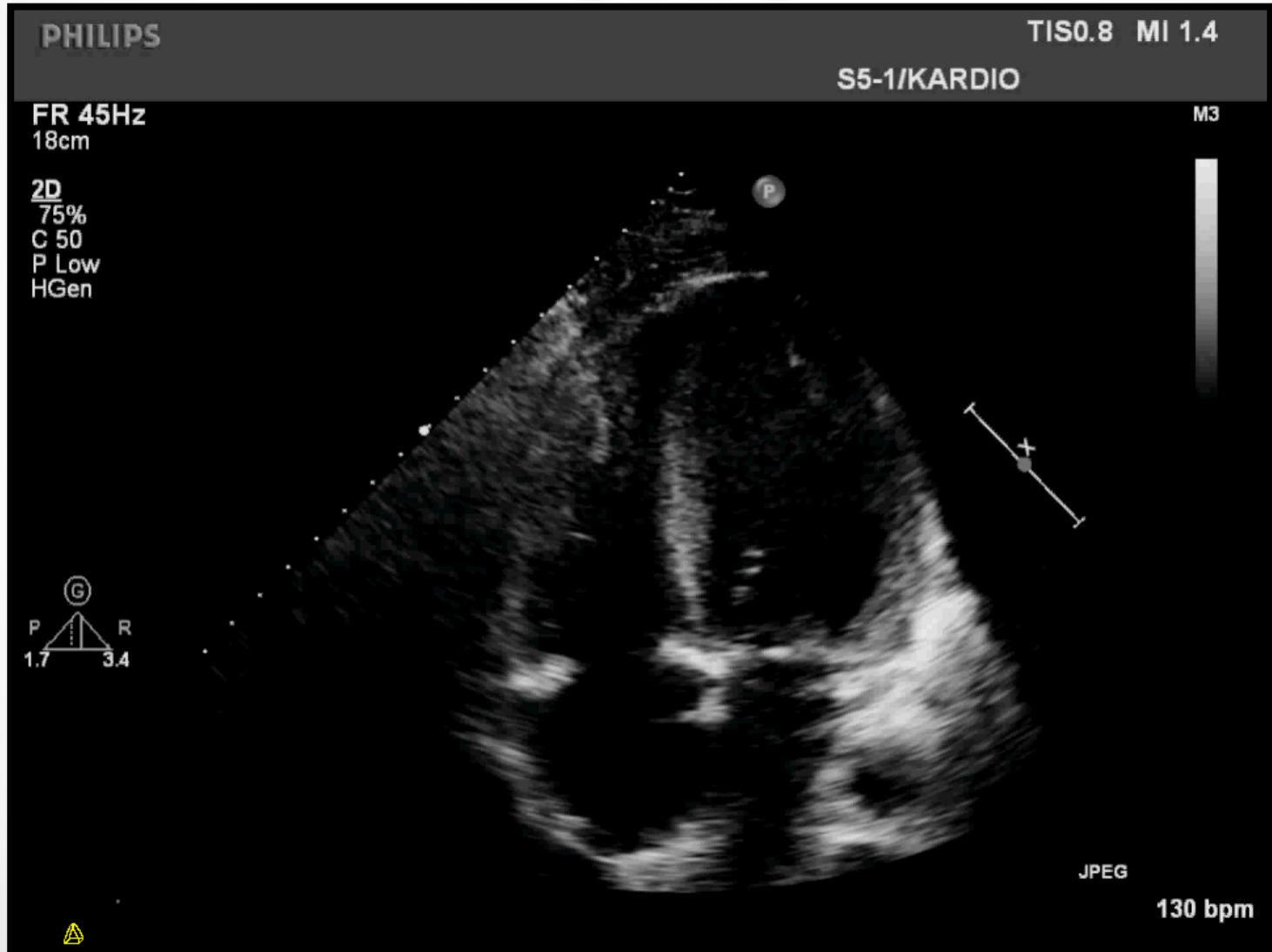
# ECHO



# Dalszy przebieg kliniczny

- W I dobie obrzęk płuc- wlew NTG
- Wstrząs kardiogeny- aminy presyjne, leczenie diuretyczne, BIPAP, antybiotykoterapia empiryczna
- Test w kierunku grypy AH1N1 ujemny
- Utrzymująca się gorączka mimo antybiotykoterapii
- Posiewy krwi ujemne
- W kolejnych dobach pogorszenie stanu ogólnego i spadek EF z 38% do 20%

# ECHO



# Konsylium

- Brak dolegliwości wieńcowych
- Analizowano koronarografię z października 2013r.- pień do 50%
- Niewielki wzrost troponin, na stałym poziomie, co wiązano z ciężkim stanem ogólnym (0.2 IU/L; 0.5 IU/L; 0.6 IU/L)
- Obecnie bez wskazań do koronarografii
- Dodatkowa przeszkoda-pogarszająca się funkcja nerek, spadek eGFR z 26 ml/min do 11 ml/min
- Przyczyna stanu- wstrząs septyczny bez punktu wyjścia

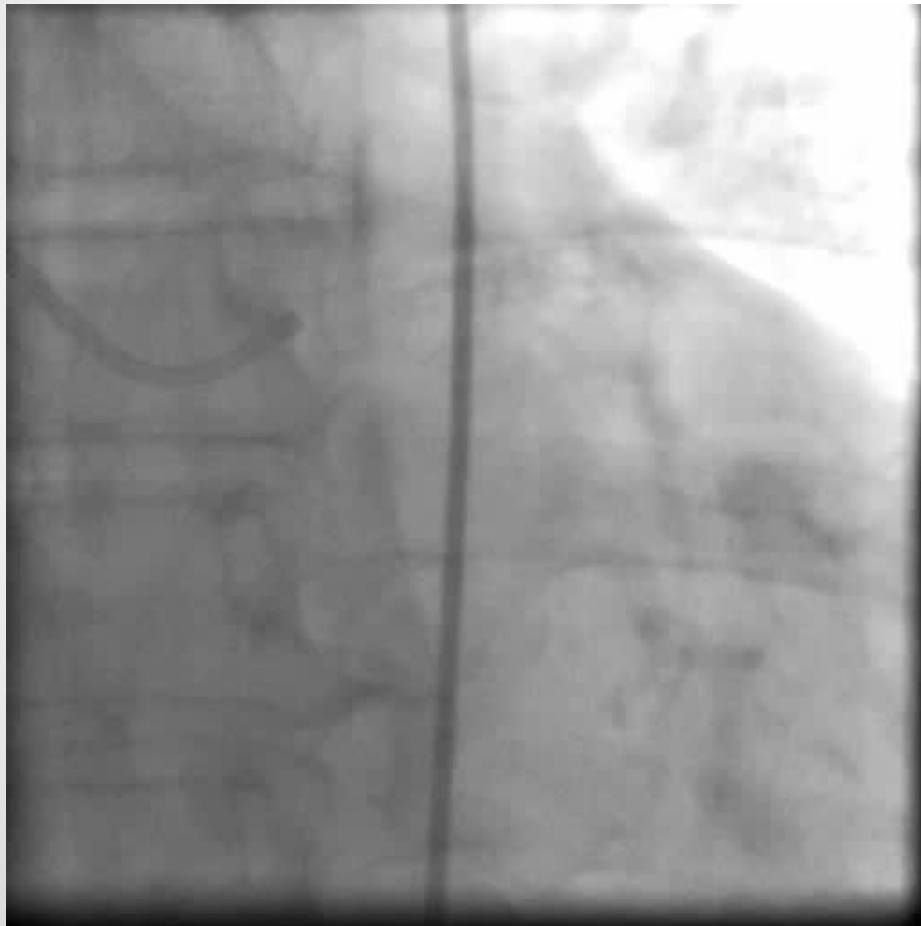
# Dalsze losy

- Pomimo intensywnej terapii chory we wstrząsie
- Kwasica metaboliczna, skąpomocz
- W 6 dobie hospitalizacji niewydolny oddechowo-  
podłączony do respiratora
- Częstoskurcze komorowe bez tętna- kilkakrotnie  
resuscytowany

# Koronarografia

- Koronarografia z 2011r. - pień LTW do 50%, zmiany w tętnicach o małym kalibrze, 1GD 90% kaliber 1.5mm, 2GD 50% kaliber < 1.5mm, trwały efekt PCI GPZ, brak wskazań do PCI, leczony zachowawczo
- Koronarografia z 10.2013r. - obraz jak 2011r.

# Koronarografia z 2013r.



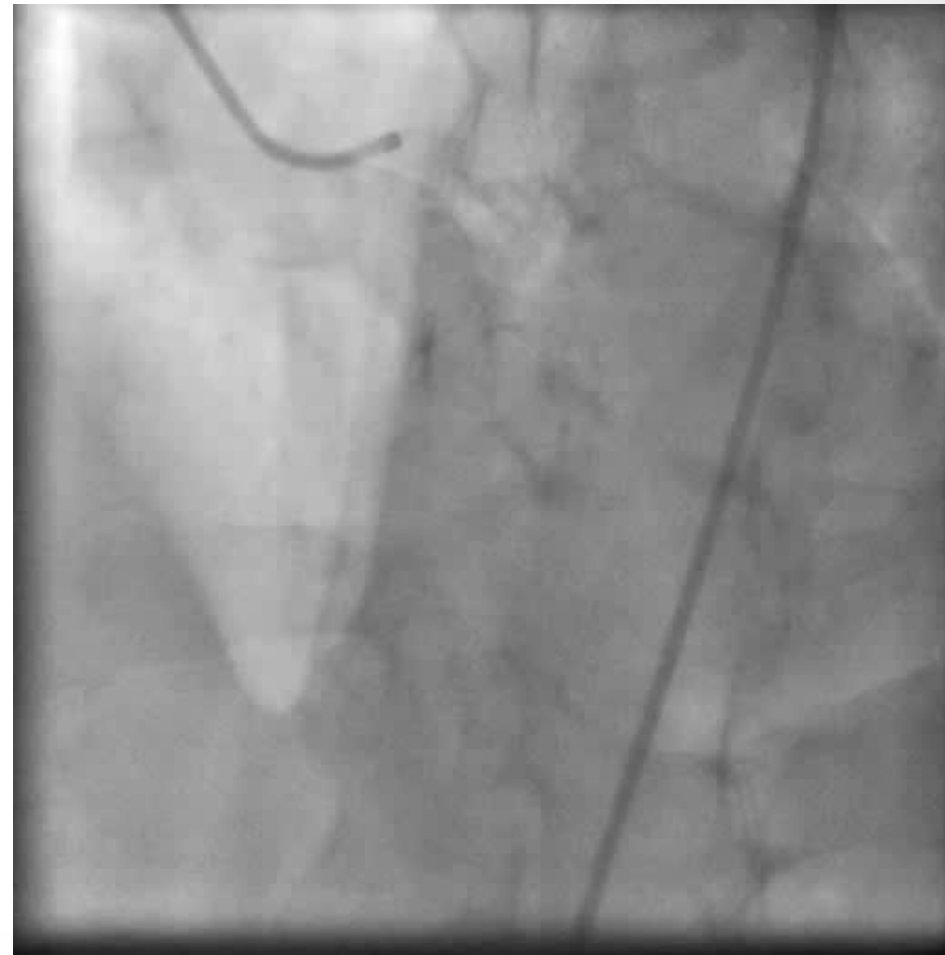
# Koronarografia z 2013r.





# Koronarografia z 2014r.

- Koronarografia- Pień LTW 70%; PTW 60%; Go 100% w ujściu; trwały efekt PCI GPZ



# Koronarografia z 2014r.



# Dalsze losy

- Wykonano: PCI pnia LTW i PTW, włączono wlew integreliny
- W trakcie koronarografii wielokrotnie asystolia, chory resuscytowany łącznie 60min, zastosowano kontrapulsację wewnątrztoaortalną, założono elektrodę endokawitarną, kontynuowano wlew amin
- Postępujący spadek ciśnienia i anuria
- Po 7 dniach stwierdzono zgon



• Dziękuję za uwagę •