

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ДЕКСТРОКАРДИИ И НАРУШЕНИЙ
РИТМА СЕРДЦА

Гайназарова А.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представленный клинический случай демонстрирует сочетание декстрокардии и транспозиции внутренних органов с нарушением сердечного ритма, а именно наджелудочковой экстрасистолией и нижнепредсердным эктопическим ритмом у пациента молодого возраста.

Ключевые слова: декстрокардия, полная транспозиция органов, нарушения ритма сердца.

ЖАШ КУРАКТАГЫ АДАМДАРДАРДАГЫ ЖҮРӨКТҮН ОҢ ЖАКТА ЖАЙГАШУУСУ
ЖАНА ОРГАНДАРДЫН ОРДУНАН АЛМАШЫП КЕТҮҮСҮ МЕНЕН ЖҮРӨКТҮН
ЫРГАГЫНЫН БУЗУЛУУСУНУН АЙКАЛЫШЫ ТУУРАЛУУ КЛИНИКАЛЫК УЧУР

Гайназарова А.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Сунушталган клиникалык учур жаш курактагы адамдардагы жүрөктүн оң жакта жайгашуусу жана органдардын ордуна алмашып кетүүсү менен жүрөктүн ыргагынын бузулуусунун айкалышканын көрсөтөт.

Негизги сөздөр: жүрөктүн оң жактагы жайгашуусу, органдардын ордуна толук алмашып кетүүсү, жүрөктүн ыргагынын бузулуусу.

CLINICAL CASE OF THE COMBINATION OF DEXTROCARDIA AND SITUS
INVERSUS WITH ARRHYTHMIAS

Gaynazarova A.S., Ibragimova T.M., Kaliev R.R.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Presented clinical case shows a combination of dextrocardia and transposition of internal organs with arrhythmias, namely supraventricular extrasystole and ectopic atrial pacemaker rhythm in young age patient.

Keywords: dextrocardia, transposition of internals, arrhythmias.

Аномалии расположения сердца - один из сложнейших разделов в проблеме врожденных пороков сердца, могут быть результатом как неправильного развития самого сердца, так и влияния экстракардиальных причин [1]. Частота данных аномалий составляет 1,5 - 3,4 % среди всех случаев врожденных пороков сердца [2].

Декстрокардия (*dextrocardia*; лат. *dexter* правый + греч. *kardia* сердце) – аномалия развития, характеризующаяся расположением большей части сердца в грудной клетке вправо от срединной линии тела. Данная аномалия может сочетаться с полным эмбриональным поворотом на 180 градусов всех внутренних органов (лат. *Situs inversus viscerum*), которые имеют зеркальное расположение по сравнению с их нормальным местонахождением. Верхушка сердца обращена вправо (сердце находится с правой стороны), трёхдольным является левое лёгкое, двудольным — правое лёгкое. Кровеносные сосуды, нервы, лимфатические сосуды и кишечник также инвертированы. Печень и желчный пузырь находятся в левом подреберье [2].

Декстрокардия формируется в первые недели внутриутробного развития. Причины возникновения ее неизвестны, но предположительно, она может быть следствием генных мутаций или инфекций, перенесенных женщиной во время беременности.

В 1974 г. В. П. Подзолковым и соавт. [3] предложена классификация, в которой указаны наиболее часто встречающиеся варианты расположения органов брюшной полости:

1) правосформированное праворасположенное

сердце с нормальным расположением органов брюшной полости,

2) правосформированное срединно-расположенное сердце с нормальным расположением органов брюшной полости,

3) правосформированное леворасположенное сердце с обратным расположением органов брюшной полости или абдоминальной гетеротаксией,

4) левосформированное праворасположенное сердце с обратным расположением органов брюшной полости,

5) левосформированное леворасположенное сердце с обратным расположением органов брюшной полости,

6) неопределенно-сформированное лево-, право- или срединно-расположенное сердце с абдоминальной гетеротаксией.

При проведении объективного обследования и инструментальной диагностики к пациентам с декстрокардией необходим индивидуальный подход, в связи с различными видами местонахождений сердца в грудной клетке, а также взаиморасположений самих камер сердца.

Заподозрить аномальную локализацию сердца справа можно при объективном обследовании, а подтвердить - при проведении ЭКГ. При обычной записи ЭКГ в I стандартном отведении все зубцы комплекса QRST направлены вниз. ЭКГ во II отведении соответствует кривой, записанной в III стандартном отведении. ЭКГ в отведении aVR подобна картине, наблюдаемой в aVL,

и наоборот, а в отведении aVF изменений нет. В левых грудных отведениях ЭКГ имеет вид rS, а в правых грудных отведениях регистрируется высокий зубец R [4].

Большое значение в определении декстрокардии имеет рентгенодиагностика. При зеркальной декстрокардии в прямой проекции сердце больше расположено в правой половине грудной клетки и повернуто вокруг анатомической оси на 180°. При этом определяется зеркальное отображение полостей сердца и магистральных сосудов. Верхушка сердца образована левым желудочком и находится справа. Левое предсердие участвует в образовании правого контура сердца и его верхушки. Правое предсердие и желудочек проецируются слева от грудины. Дуга аорты переходит не через левый, а через правый бронх. Нисходящая аорта локализуется справа от позвоночника. Восходящая аорта и тень верхней полой вены проецируются слева, а дуга легочного ствола видна справа [5].

При ультразвуковом исследовании внутренних органов печень и желчный пузырь перемещены влево, желудок и селезёнка — вправо.

При отсутствии других врожденных пороков сердца, люди с транспозицией внутренних органов могут вести нормальный образ жизни, без каких-либо осложнений, связанных с вариантом их анатомического строения [6].

Сочетание декстрокардии и нарушений сердечного ритма в литературе мало описано. Нам удалось найти лишь статью, посвященную описанию клинического случая сочетания декстрокардии и нарушения проводимости сердца, а именно с синдромом слабости синусового узла [5].

В связи с этим представляет интерес наш случай сочетания нижнепредсердного эктопического ритма и наджелудочковой экстрасистолической аритмии с декстрокардией.

В январе 2016 года в отделение нарушений ритма сердца НЦКиТ имени Академика Мирсаида Миррахимова поступил больной А. 1994 года рождения.

При поступлении больной предъявлял жалобы на колющие боли в прекардиальной области без иррадиации,

возникающие вне зависимости от физической нагрузки, проходящие самостоятельно, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при подъеме на второй этаж.

Из анамнеза заболевания: в течение многих лет беспокоят колющие боли в области сердца, одышка и сердцебиение. Ранее не обследовался, не лечился. В декабре 2015г. при прохождении медицинской комиссии в районном военкомате у пациента выявили правосформированное праворасположенное сердце, нижнепредсердный эктопический ритм. Для уточнения диагноза и коррекции лечения больной был госпитализирован.

При объективном обследовании общее состояние пациента было удовлетворительным. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа мягкая, подвижная, не увеличена. Грудная клетка симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. При аускультации над легкими везикулярное дыхание. Частота дыхания 17 в минуту. Область сердца при осмотре не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнутри от правой среднеключичной линии. Перкуторно правую границу сердца определяли в 4-м межреберье на 2 см медиальнее от правой среднеключичной линии, верхнюю – в 3-м межреберье по правой среднеключичной линии, левую – по левому краю грудины. Аускультативно тоны сердца звучные, ритм неправильный, экстрасистолическая аритмия. Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печеночная тупость определяется слева, размеры печени по Курлову не увеличены. При пальпации нижний край печени ровный, безболезненный.

Со стороны лабораторных, клинических и биохимических анализов изменений не выявлено.

На рис. представлена электрокардиограмма пациента, где зарегистрированы: нижнепредсердный эктопический ритм. Частота сердечных сокращений 64 удара в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Наджелудочковые экстрасистолы.

Суточное ЭКГ-мониторирование: запись проводилась в течение 22 часов 33 минут. Во время

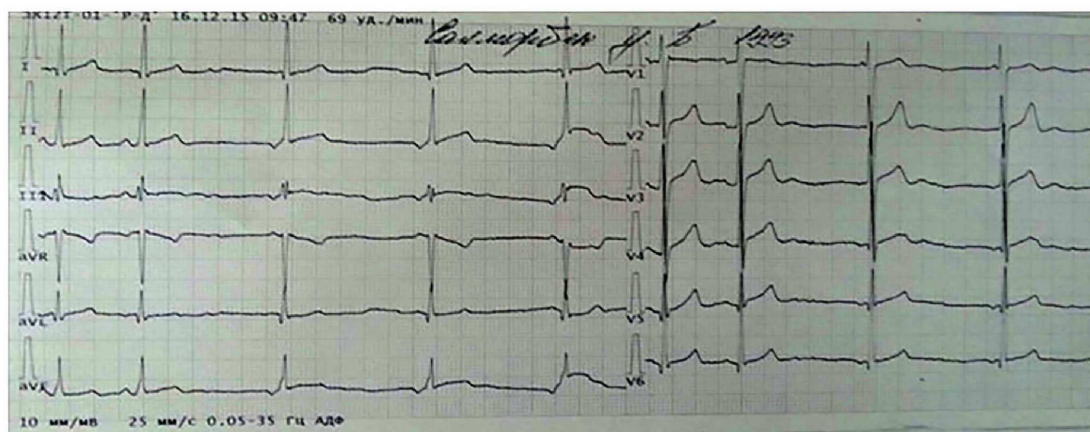


Рис. Электрокардиограмма пациента с декстрокардией, нижнепредсердным ритмом и экстрасистолической аритмией

исследования основной ритм синусовый. Средняя частота сердечных сокращений - 62 удара в минуту, максимальная - 178 ударов в минуту в 17:47:23, минимальное число сердечных сокращений - 46 ударов в минуту в 02:42:11. С 16:00 до 07:30 левопредсердный эктопический ритм непрерывно-рецидивирующая форма (с короткими эпизодами синусового ритма) с частотой сердечных сокращений 46-70 ударов в минуту. Желудочковых экстрасистол - 27, монотопные. Суправентрикулярных экстрасистол - нет. Признаков ишемии нет. Эпизод синусовой тахикардии с частотой сердечных сокращений 140-176 ударов в минуту в 17:46:00, продолжительностью четыре минуты.

30 - минутное ЭКГ мониторинг: на фоне синусового ритма определяются редкие суправентрикулярные экстрасистолы.

При эхокардиографии выявлено правостороннее праворасположенное сердце. Полости сердца не расширены. Нарушений локальной сократимости миокарда не обнаружено. Межжелудочковая перегородка и межпредсердная перегородка - интактны. Систолическая функция левого желудочка сохранена (фракция выброса 65% по Teichholz). Нарушений диастолической функции нет.

Рентгенография органов грудной клетки. Заключение: зеркальная декстрокардия.

УЗИ внутренних органов: полный поворот внутренних органов.

Данные всех обследований свидетельствуют о наличии у пациента редкой врожденной патологии, такой как декстрокардия.

Интерес данного клинического случая представляет собой сочетание декстрокардии с нижнепредсердным эктопическим ритмом и наджелудочковой экстрасистолией. У пациента А. нарушения ритма проявляются в виде ощущения

перебоев в работе сердца, сердцебиения, слабости. Хотя на суточном ЭКГ - мониторингировании не удалось зарегистрировать наджелудочковые экстрасистолы, на разовой ЭКГ и при проведении в отделении 30 минутного ЭКГ - мониторингирования не раз фиксировались частые наджелудочковые экстрасистолы. Из анамнеза пациента известно, что перебои в работе сердца, тахикардию, одышку он ощущает с детства. Следовательно, можно предположить, что данные нарушения ритма являются врожденными и не представляют угрозу для нашего пациента.

Данный клинический случай представляет интерес для врачей-кардиологов как редкое сочетание аномалии расположения сердца с нарушением сердечного ритма.

Литература:

1. Белоконов Н. А., Кубергер М. Б. *Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей: В 2 томах, Т. 1.* — М.: Медицина, 1987. — С.448 : ил.
2. Мутафьян О.А. *Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков/ СПб.: Издательский дом СПбМАПО, — 2005. — С. 480.*
3. Белоконов Н.А. *Врожденные пороки сердца/В.П. Подзолков// М.: Медицина, — 1990. — С. 352.*
4. Задионченко В.С. *Особенности электрокардиографии при редко встречающихся врожденных пороках сердца/Г.Г. Шехян, А.М. Щикота, А.А. Яльмов// Педиатрия. — 2014; — №02: — С. 53-58.*
5. Фролов А.И. *Случай сочетания декстрокардии и синдрома слабости синусового узла/ С.В. Лизогуб, Ю.В. Зинченко, Н.В. Пелех// Украинский кардиологический журнал. — 2005; - №1: — С. 97-102.*
6. *Исследовано в России [Электронный ресурс]: Журн. Креативная онкология и хирургия/ Волгоградский государственный медицинский университет.—Электрон. журн. — г. Волгоград: 2012. — Режим доступа: <http://eoncolog.com/redkij-sluchaj-sochetaniya-gist-zheludka-i-situs-inversus-t>.*