

ANGINĂ PECTORALĂ SILENTIOASĂ LA PACIENT CU DIABET ZAHARAT, CAZ CLINIC

Avenir Anghelcev, Dinu Zglavoc, Romeo Grăjdieru,
Andrei Grib, Livi Grib, Elena Samohvalov

Conducător științific: Alexandra Grejdieru

Disciplina de Cardiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Angina pectorală silențioasă (APs) se dezvoltă la: pacienți absolut asimptomatici cu defect al sistemului de avertisment anginal, în 30% la bolnavii cu infarct miocardic în anamneză, în 80% la cei cu angină pectorală instabilă (API), angină Prinzmetal și la 70% - cu angină pectorală stabilă (APS). **Scopul lucrării.** Prezentăm cazul clinic a unui pacient tânăr hipertensiv, fumător, cu fibrilație atrială, genealogie agravată, care se internează de urgență cu dispnee inspiratorie la efort fizic minimal, palpitații și cefalee. **Material și metode.** Bărbat, 54 de ani, internat cu API în secția de cardiologie SCM „Sfânta Treime”. Din anamneză: hipertensiv de 15 ani, diabet zaharat de 11 ani, fibrilație atrială de 6 ani. Investigațiile efectuate: electrocardiografia, ecocardiografia, coronaroangiografia, radiografia toracelui, ultrasonografia abdominală, marșerii injuriei miocitare, hemoglobina glicată, analize hematologice și biochimice. **Rezultate.** Starea generală a pacientului cu agravare: dispnee inspiratorie la efort fizic minimal, aritmie, cefalee. Obiectiv: murmur vezicular în plămâni, zgomote cardiace ritmice, cu FCC 156 b/min, TA - 160/100 mmHg. Paraclinic: ECG: fibrilație atrială cu FCC 160-96 b/min, hipertrofie VS. Bloc incomplet de ram stâng anterior. EcoCG: Hipertrofie VS. FE 48%. Coronaroangiografia: leziuni aterosclerotice pe LAD 80-85%. CFC-MB 25 U/L, troponine negative. Glicemia (11,8 mmol/l), dislipidemie. Tratament: angioplastie coronariană cu implantare de stent, nitrați, inhibitorii enzimelor de conversie, blocanții canalelor de calciu, antiagregante și antidiabetice. **Concluzii.** Pacient tânăr, fumător, hipertensiv, cu diabet zaharat dezvoltă angină pectorală silențioasă. Este internat la timp, investigat prompt prin coronaroangiografie, depistat cu leziuni aterosclerotice pe LAD și rezolvat prin angioplastie coronariană cu pronostic favorabil. **Cuvinte-cheie:** angină pectorală silențioasă, diabet zaharat, angioplastie coronariană.

SILENT ANGINA PECTORIS IN A PATIENT WITH DIABETES MELLITUS, CLINICAL CASE

Avenir Anghelcev, Dinu Zglavoc, Romeo Grăjdieru,
Andrei Grib, Livi Grib, Elena Samohvalov

Scientific adviser: Alexandra Grejdieru

Cardiology Discipline, Nicolae Testemițanu University

Background. Silent angina pectoris (sAP) develops in absolutely asymptomatic patients with a defect in the angina warning system, in 30% of patients with a history of myocardial infarction, in 80% among them had unstable angina pectoris (APu), Prinzmetal's angina and in 70% - with stable angina pectoris (SAP). **Objective of the study.** We present the clinical case of a young hypertensive, smoking patient with atrial fibrillation, aggravated genealogy, who was urgently admitted with inspiratory dyspnea on minimal physical exertion, palpitations and headache. **Materials and methods.** Man, 54 years old, hospitalized with UAP in the MCH „Holy Trinity”, Cardiology Department. Medical history: hypertension for 15 years, diabetes during 11 years, atrial fibrillation during 6 years. Investigations performed: electrocardiography, echocardiography, coronary angiography, chest x-ray, abdominal ultrasound, markers of myocyte injury, glycated hemoglobin, hematological and biochemical analyses. **Results.** General state of the patient with worsening: inspiratory dyspnea on minimal physical effort, arrhythmia, headache. Objective: vesicular murmur in the lungs, rhythmic heart sounds, with HB 156 b/min, BP - 160/100 mmHg. Paraclinical: ECG: atrial fibrillation with HB 160-96 b/min, LV hypertrophy. Incomplete anterior left bundle branch block. EcoCG: Hypertrophy LV, EF 48%. Coronary angiography: atherosclerotic lesions on LAD 80-85%. CK-MB 25 U/L, negative troponins. Glucose (11.8 mmol/l), dyslipidemia. Treatment: coronary angioplasty with stent implantation, nitrates, angiotensin-converting enzyme inhibitors, calcium channel blockers, antiplatelet agents, and antidiabetic drugs. **Conclusions.** A young, smoking, hypertensive patient with diabetes mellitus develops silent angina pectoris. He was admitted on time, promptly investigated with coronary angiography, diagnosed with atherosclerotic lesions in the LAD and resolved by coronary angioplasty with a favorable prognosis. **Keywords:** silent angina pectoris, diabetes mellitus, coronary angioplasty.