

4. Губергриц Н.Б., Момот Н.В., Агапова Н.Г., Лукашевич Г.М., Загоренко Ю.А. Сосудистые заболевания поджелудочной железы и сосудистые осложнения пан-

креатической патологии: лучевые, сонографические и морфологические сопоставления (Обзор литературы) Мед.виз. – 2005. №6. – С. 11-21.

Тұжырым

МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫҚ ТОМОГРАФИЯ ӘДІСІМЕН КӨК БАУЫР АРТЕРИЯСЫНЫҢ ЖАЛҒАН АНЕВРИЗМАСЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ (ТӘЖІРИБЕЛІК ОҚИҒА)

С.В. Автушко, А.К. Ахметбаева

“Семей қаласының Консультативтік-диагностикалық орталығы” ШЖҚ КМК,
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Асқазан асты безінің, көк бауыр, өт жолдарының ауруларын зерттеуде магнитті-резонансты томография ең жоғары информациялық әдіс болып табылады. МР- аортография көк бауыр артериясының және құрсақ бассейнінің артерияларының жалған аневризмаларын зерттеуде жоғары ақпаратты әдіс болып табылады. Артериялардың жалған аневризмаларын диагностикалаудан басқа, МРТ арқылы қан кетуді, ұйқы безін сараптау, емнің одан әрі тактикасын ұйғаруда маңызы өте зор.

Негізгі сөздер: магнитті-резонанстық томография, жалған аневризмасы, көк бауыр артериясы

Summary

DIAGNOSTICS OF FALSE ANEURISM OF A SPLENIC ARTERY BY A METHOD OF MRI (A CASE FROM PRACTICE)

S.V. Avtushko, A.K. Akhmetbayeva
Consultative and Diagnostic Centre, Semey
Semey State medical university

Magnetic resonance tomography of the abdomen is a highly informative method of diagnostics of the diseases of liver, gall bladder, biliary tract, pancreas and spleen. MRI with application of MR- aortography is the preferred method of identifying false aneurysms splenic arteries and other arteries of the basin of celiac trunk. MRI allows not only to diagnose the aneurysm, but presumably determine the artery from which happened bleeding, to evaluate the status of the pancreas, which is necessary for determining the tactics of further treatment.

Key words: Magnetic resonance tomography, false aneurism, splenic artery.

УДК 616.127-005.8-614.88

Г.Т. Искакова

КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей

НЕТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАБОТЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Аннотация

В статье приводятся клинические примеры нетипичной картины инфаркта миокарда, встречающиеся в практике врача скорой неотложной медицинской помощи. Клинические проявления инфаркта миокарда с атипичным болевым синдромом, также с нехарактерным развитием у лиц молодого возраста.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, нетипичный клинический случай, догоспитальная помощь, диагностика инфаркта миокарда.

Актуальность. На протяжении последних десятилетий в структуре заболеваемости и смертности населения основная доля принадлежит болезням сердечно-сосудистой системы, причем в этом процессе не последнюю роль играет увеличение численности пожилых граждан во всех развитых странах. Наиболее серьезный процент гибели людей от ССЗ по-прежнему занимает смерть от ИБС, точнее - от ОИМ [5] И сам ИМ, и его последствия в виде ХСН являются основной причиной ближайшей и отдаленной смертности от ИБС в пожилом возрасте [1, 2].

Своевременная диагностика и обеспечение необходимого объема лечения больным ОИМ на догоспитальном этапе является одним из основных факторов, влияющих на прогноз заболевания [8]. От того, насколько

быстро больной обратится за помощью на ССМП, от своевременной постановки диагноза, качественной и быстрой догоспитальной терапии, оперативной транспортировки в стационар будет зависеть дальнейшая тактика лечения и прогноз течения заболевания [4, 7].

Цель: поделиться опытом практического опыта в диагностировании и неотложной помощи больным с инфарктом миокарда с нетипичными проявлениями клинической картины у пациентов разного возраста.

Материалы и методы. Проанализированы данные 196 пациентов с инфарктом миокарда, которым была оказана скорая медицинская помощь сотрудниками КГКП ССМП (Казенное Государственное Коммунальное Предприятие Станции Скорой Неотложной Медицинской Помощи г. Семей). Всего за 2012 год вызовы скорой ме-

дицинской помощи были по поводу сердечно-сосудистых заболеваний составили - 35883 случая, в общей структуре всех вызовов скорой медицинской помощи это составило – 26,9%. По поводу инфарктов миокарда вызовы были в 196 случаях, что составляло 0,1%.

Результаты и обсуждение. Из проанализированных 196 карточек вызова больных с инфарктом миокарда выбраны клинические примеры с нетипичной клинической картиной.

Вот пример инфаркта миокарда с атипичным болевым синдромом.

Б-ая А., 68 лет, вызов поступил в 5 часов, 29 мин. Прибытие – 5 ч. 43 мин. Жалобы: на боли в левой верхней конечности, плече, волнообразного характера.

Анамнез: Заболела ночью, когда появились боли в левой руке в 22 часа, продолжались минут 30, купировались приемом нитроглицерина. Утром, около 6 часов проснулась из-за похожих болей в левой верхней конечности, плече, более интенсивных. Прием нитроглицерина – без эффекта. Вызвала скорую помощь. После терапии, проведенной второй линейной бригадой боли прошли, больная уснула. К моменту приезда спецбригады больная очнулась, снова жалуется на боли в левой руке. В анамнезе: ИБС, стенокардия напряжения II - III функциональный класс, ГБ II Б, кризовое течение. Врач отметила, что скорая помощь вызвана повторно. На повторно снятой электрокардиограмме: признаки повреждения миокарда переднеперегородочной области с переходом на верхушку.

Объективно: Частота пульса – 46 уд.в 1мин, АД 60/40 мм. рт. ст. (обычное-140/80). После проведенной терапии больная обезболена, артериальное давление стабилизировалось на уровне 100/60 мм, затем 110/70 мм. С диагнозом ИБС, острый первичный инфаркт миокарда передне-перегородочной, верхушечной локализации, боковой стенки левого желудочка, шок I, больная госпитализирована в кардиологический центр. По информации, полученной из кардиоцентра, состояние больной оставалось тяжелым, в течение 5-ти суток находилась в блоке реанимации.

Вот другой пример инфаркта миокарда у женщины детородного возраста, что является довольно редким явлением. Вероятность наличия этой патологии даже при типичных клинических признаках стенокардии у женщин 30–39 лет не превышает 26% [3]. По данным британских исследователей Oxford-Family Planning Association, включавшего 17 тыс. наблюдений, суммарная частота возникновения стенокардии и инфаркта миокарда (ИМ) у женщин в возрасте 25–34 лет не превышает 3 случаев на 1000 [6]. По-видимому, именно низкая вероятность возникновения ИМ и обуславливает несвоевременную диагностику и тактические ошибки при ведении молодых женщин с острым коронарным синдромом. Особенностью этих пациенток является также и то, что в патогенезе ишемическая болезнь сердца (ИБС) у них зачастую играют роль «неклассические» факторы риска, что требует индивидуального подхода к таким больным.

В качестве примера, иллюстрирующего подобную клиническую ситуацию, представляем историю болезни *пациентки Е.* 33 лет. В апреле 2012 г. у нее впервые в жизни возникли боли и жжение за грудиной, а также в горле в состоянии покоя. Из анамнеза больная росла и развивалась нормально. Перенесла ряд детских инфекций (корь, краснуха). Получила среднее специальное образование. Возраст наступления менархе – 14 лет. В 25 лет у пациентки была беременность, которая протекала без осложнений и закончилась нормальными родами. В настоящее время менструальная функция со-

хранена. Семейный анамнез по сердечно-сосудистой патологии отягощен: отец дважды перенес ишемический инсульт в возрасте до 50 лет.

При осмотре обращало на себя внимание наличие эритемы Готтрона, сетчатого ливеда, гелиотропной сыпи. Отмечена умеренная болезненность при пальпации грудных мышц. Кроме того, выявлено повышение активности КФК до 896 ЕД/л, что было расценено как возможное проявление обострения дерматомиозита либо стативной миопатии и потребовало отмены аторвастатина.

Больная обратилась в поликлинику по месту жительства, заболевание расценили как фаринготрахеит. Ей рекомендовали полоскание горла растворами антисептиков. Приступы жжения за грудиной длительностью до 1 ч возникали в течение последующих 2 дней несколько раз.

Пациентка обратилась в поликлинику повторно и только тогда была зарегистрирована электрокардиограмма (ЭКГ), на которой были выявлены признаки ИМ передней локализации без образования патологического зубца Q. Больная была госпитализирована в отделение интенсивной терапии кардиологии БСМП. При поступлении активность КФК составила 376 ЕД/л. В анализах крови были выявлены признаки железодефицитной анемии (гемоглобин 10,3 г/дл, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 31,2 г/дл при норме 33–37 г/дл, сывороточное железо 3,5 мкмоль/л), что связали с имеющей место у пациентки меноррагией. Клинический анализ крови показал относительные нейтрофилез (82,2%) и лимфопению (9,9%). В биохимическом анализе крови помимо повышения активности КФК отмечено незначительное повышение активности ЛДГ до 503 ЕД/л (при норме до 435 ЕД/л) и АсАТ до 47 ЕД/л (при норме до 29 ЕД/л). В стационаре по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) была выявлена обширная гипокинезия передней стенки левого желудочка (ЛЖ). Проведено лечение гепарином, аспирином, б-блокаторами, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, статинами. Учитывая относительно высокий уровень в крови общего холестерина (ХС) – 7,2 ммоль/л, стартовую дозу аторвастатина назначили 20 мг/сут.

Выводы Врачам скорой медицинской помощи необходимо быть настороженными в отношении нетипичных клинических форм инфаркта миокарда с его разнообразными проявлениями и нехарактерным развитием у лиц молодого возраста.

Литература:

1. Хальфин Р.А. О развитии геронтологии в Российской Федерации. Выступление на 2 съезде геронтологов и гериатров. Москва, 1 -3 октября 2003 года. // Клиническая геронтология. 2003. - Т9-№12-С. 3-9.
2. De Gevigney G, Delahaye F, Staat P, Roth O. Heart failure and myocardial infarction in the elderly. For its more specific management. Presse Med. 2003 Jun 21; 32(22): 1033-8.
3. Diamond GA, Forrester JS. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N Engl J Med 1979; 300: 1350–8.
4. Heath SM, Bain RJ, Andrews A, Chida S. et al. Nurse initiated thrombolysis in the accident and emergency department: safe, accurate, and faster than fast track. Emerg Med J. 2003 Sep; 20 (5): 418-20.
5. Loubani M, Ghosh S, Galinanes M. The aging human myocardium: tolerance to ischemia and responsiveness to ischemic preconditioning. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003 Jul; 126 (1): 143-7.

6. Mant D, Villard-Mackintosh L, Vessey MP, Yeates D. Myocardial infarction and angina pectoris in young women. J Epidemiol Community Health 1987; 41: 215-9.

7. Steigen TK, Wiseth R, Nordrehaug JE. Pre-hospital thrombolytic therapy. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Mar 4; 124 (5): 640-3.

8. Woollard M., Pitt K., Hayward A J., Taylor N.C. Limited benefits of ambulance telemetry in delivering early thrombolysis: a randomised controlled trial //Emerg Med J. 2005; 22(3): 209-15.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ЖАРДЕМ КӨМЕК КӨРСЕТУ ҚЫЗМЕТІНДЕ ЕНБЕК ЕТЕТІН ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖРИБЕСІНДЕ КЕЗДЕСЕТІН КЛИНИКАСЫНА ЖАТПАЙТЫН ТҮРЛЕРІ

Г.Т. Искакова

Семей қ. Жедел жардем көмек көрсету станциясы

Жедел жардем көмек көрсету қызметінде енбек ететін дәрігердің тәжірибесінде кездесетін инфаркт миокардасының нағыз клиникалық түрлері, және жастар арасында инфарктың басталуының басқаша болуы.

Негізгі сөздер: инфаркт миокардасының клиникасына жатпайтын түрлері, алғашқы көмек, инфаркт миокардасының диагнозы.

Summary

ATYPICAL CLINICAL CASE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN THE DOCTOR'S WORK FOR AN AMBULANCE

G.T. Iskakova

Station emergency care, Semey c.

We give examples of atypical clinical picture of myocardial infarction occurring in the practice emergency care. Clinical manifestations of myocardial infarction with atypical pain, also with uncharacteristic development in young adults.

Key words: myocardial infarction, unusual clinical case, prehospital care, diagnosis of myocardial infarction.

УДК 616.8-007.053.1

Г.А. Мерейбаева

РГКП ЦСМ МЗ РК Павлодарская область.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ АРНОЛЬДА-КИАРИ У НОВОРОЖДЕННОГО

Аннотация

Аномалия Арнольда-Киари – это порок развития головного мозга. Патоморфологический случай данной патологии был обнаружен на секции младенца. В статье описаны данные клиники и аутопсии редкого порока развития ЦНС для повышения квалификации врачей.

Ключевые слова: синдром Арнольда-Киари, клиника, аутопсия.

Аномалия Арнольда-Киари – это врожденная патология развития ромбовидного мозга, проявляющаяся несоответствием размеров задней черепной ямки и мозговых структур, находящихся в этой области, что приводит к опущению ствола головного мозга и миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие и ущемлению их на этом уровне.

Аномалия развития головного мозга - порок (синдром) Арнольда-Киари впервые был описан в 1986 г. Современная патоморфология выделяет три основных типа этой аномалии.

I тип обычно не сопровождается поражением спинного мозга и выявляется чаще у взрослых при помощи КТ и ЯМР.

II и III типы порока характеризуются высокой летальностью в перинатальном периоде или раннем детском возрасте.

По данным аутопсии у детей с менингомиелоцеле аномалию Арнольда - Киари II типа обнаруживают в 95-100% случаев.

Патоморфологический случай аномалия Арнольда-Киари первого типа был обнаружен на секции недоношенного мальчика Ж. 3,5 суток жизни. Ребенок был от

2-ой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 10 недель, ХПНФ в стадии неполной ремиссии, колыпита. В 30 недель на УЗИ выставлен ВПР - долихоцефалическая форма головы, вентрикуломегалия, амниотический тяж, «гольфный» мяч в ЛЖ. Младенец от 1-х преждевременных родов в 36 недель с весом при рождении 2446г, ростом 48см, оценкой по Апгар 7-86.

Состояние при рождении тяжелое - в поясничной области вскрывшийся грыжевой мешок 5х7см с ликвореей. На НСГ: расширение боковых желудочков, смещение мозжечка в большое затылочное отверстие. Синдром Арнольда-Киари? Левостороннее ВЖК? В первые часы после рождения консультирован нейрохирургами и выставлен диагноз: ВПР ЦНС. Спинно - мозговая грыжа поясничной области больших размеров, вскрывшаяся, ликворея. Нижний вялый парапарез.

Для оперативного лечения переводится в ОДБ, где проведено экстренное оперативное вмешательство - ревизия, иссечение спинномозговой грыжи, пластика твердой мозговой оболочки. После операции состояние ребенка расценивалось как критическое за счет МВПР со стороны сердца и ЦНС, гемодинамических, дыхательных, метаболических нарушений, интоксикации,