

Таким образом, в целях повышения надежности результатов оценки риска необходимо детальное изучение источников неопределенности — как методических, так и связанных с существующей системой мониторинга среды обитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные принципы организации и проведения социально-гигиенического мониторинга: инстр. утв. Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 05.01.2007, № 179-1206.
2. Оптимизация мониторинга техногенного загрязнения среды обитания в целях дозовой оценки вредной экспозиции населения: метод. рек.. — Екатеринбург, 2001.
3. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду Р2.1.10.1920-04: утв. Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 05.03.2004.

УДК 616.127-005.8-07

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (клиническое наблюдение)

Дударева Е. Н.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Инфаркт миокарда (ИМ) — ишемический некроз сердечной мышцы, обусловленный острым нарушением коронарного кровообращения в результате несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и коронарным кровотоком [2].

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), диагноз ИМ ставится при наличии как минимум двух из трех следующих критериев: болевой синдром; изменения ЭКГ; характерная динамика сывороточных маркеров.

Задне-базальный ИМ — это ИМ отделов задней стенки левого желудочка, обычно обусловленный окклюзией правой задней нисходящей артерии или левой огибающей артерии. Отмеченная локализация особенно трудна для диагностики и часто не выявляется на ЭКГ. Это связано с тем, что прямые признаки инфаркта в 12 обычных ЭКГ отведениях при такой локализации отсутствуют.

В связи с этим в диагностике задне-базального ИМ используются дополнительные ЭКГ отведения. Данная методика была предложена в 1950 году австрийским кардиологом Л. Слопаком и названа его именем. Автор предложил модифицировать отведения по Небу, при этом электрод от правой руки ставится во второе межреберье слева от грудины последовательно в 4 точки до передне-подмышечной линии (S₁-S₄). Электрод от левой руки размещают в месте проекции верхушечного толчка на заднюю подмышечную линию (позиция V₇).

Критерии нормы в отведениях S₁-S₄: зубец Q регистрируется во всех отведениях во всех случаях, ширина его не больше 0,02–0,03 сек., амплитуда его составляет 20–25 % зубца R, сегмент ST располагается на изолинии, зубец T положителен [1].

Клинический случай

Больной В., 58 лет, мастер по ремонту обуви был доставлен скорой помощью в приемное отделение У «Гомельский областной клинический кардиологический диспансер» в декабре 2009 года с диагнозом: артериальная гипертензия III ст., риск 3. Гипертонический криз II порядка. НО: пациент жаловался на головную боль, головокружение, тошноту, мелькание мушек перед глазами, колющие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку.

Анамнез заболевания: в течение последних двух лет у больного периодически повышалось артериальное давление (АД), максимальные цифры — 180/90 мм рт. ст. Гипотензивные лекарственные средства регулярно не принимал. Накануне употреблял алкоголь (200 мл водки). У пациента отягощена наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям: мать страдала артериальной гипертензией (умерла от инфаркта мозга), отец умер в 60 лет от инфаркта миокарда.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, гайморит. Вредные привычки: выкуривает 1 пачку сигарет в день.

После осмотра врачом приемного покоя больной был госпитализирован в кардиологическое отделение. Общее состояние пациента средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы, видимые слизистые без изменений. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная и суставная системы без отклонений от нормы.

При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. При аускультации сердца тоны приглушены, деятельность ритмичная. Число сердечных сокращений — 86 ударов в минуту, АД — 190/110 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, выступает из-под реберной дуги на 2 см. Размеры печени по Курлову — 11–8–7 см. Отеков нет. Стул ежедневный. Диурез достаточный.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. Общий анализ крови: лейкоциты — $17,6 \times 10^9$ /л, эритроциты — $5,46 \times 10^{12}$ /л, Hb (гемоглобин) 169 г/л, тромбоциты — 225×10^9 /л, СОЭ 1 мм в час. Биохимический анализ крови: мочевины — 7,6 ммоль/л, креатинин — 98,9 ммоль/л, холестерин — 6,2 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности — 1,13 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности — 3,70 ммоль/л, триглицериды — 3,70 ммоль/л, коэффициент атерогенности — 4,1.

Общий анализ мочи: удельный вес 1025. Сахар, белок — нет. Микроскопия: плоский эпителий 0–1, лейкоциты 0–1 в поле зрения.

Заключение ЭКГ: ритм синусовый. Число сердечных сокращений — 78 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Незначительные изменения миокарда в высоко-боковой области левого желудочка.

Заключение эхокардиографии сердца (ЭХО-КГ): дилатация левого предсердия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Нормальная систолическая функция левого желудочка. Диастолическая дисфункция, тип I.

Миоглобиновая фракция креатинфосфокиназы (МВ КФК) в динамике: 49,7 ЕД/α (при поступлении), 64 ЕД/α, 98,5 ЕД/α.

Учитывая повышенные цифры МВ КФК, больному было назначено ЭКГ в отведениях по Слопаку, где были обнаружены патологические зубцы Q > зубцов R с соответствующими изменениями конечной части желудочкового комплекса. Учитывая изменения на ЭКГ по Слопаку в задне-базальной области левого желудочка, повышенные цифры МВ КФК, лейкоцитоз в общем анализе крови больному был выставлен диагноз: ИБС. Крупноочаговый задне-базальный ИМ.

Таким образом, ЭКГ отведения по Слопаку S₁–S₄ являются одним из наиболее информативных при трудно диагностируемом поражении высоких задних отделов левого желудочка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габриэль, Х. М. Быстрый анализ ЭКГ / Х. М. Габриэль. — М: Геотар-Мед, 2001. — 250 с.
2. Руководство по кардиологии / Н. А. Манак [и др.]; сост. и ред. Н. А. Манак. — Мн.: Беларусь, 2003. — 624 с.

УДК: 616.366-002

КЛИНИКО-МОРФОЛГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛОСИМПТОМНЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дундаров З. А., Величко А. В., Лин В. В., Майоров В. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Билиарная патология на сегодняшний день занимает одно из лидирующих мест в структуре хирургической патологии органов брюшной полости. Наиболее частым показа-