Также в ходе исследования каждому обследуемому был определен индекс массы тела (ИМТ). Установлено, что только у 14,3% (n=6) ИМТ находится в пределах нормальных значений (18,5–24,9 кг/м²). У 21,4% (n=9) выявлена избыточная масса тела. Подавляющее большинство страдают ожирением: ожирение I степени зафиксировано в 42,9% случаев (n=18), ожирение II степени – в 14,3% (n=6) и III степени – в 7,1% (n=3).

Выводы

В ходе проведенного исследования было выявлено:

1. Установлена крайне низкая эффективность контроля липидного профиля: суммарно целевых уровней ХС-неЛПВП достигли лишь 9,5% обследуемых. При этом в группе очень высокого риска целевой показатель не был достигнут ни в одном случае, а в группах высокого и умеренного риска частота достижения составила 7,1 и 20% соответственно.

2. Выявлена высокая распространенность нарушений жирового обмена: только 14,3% обследуемых имеют нормальный индекс массы тела. В 85,7% случаев зафиксировано превышение массы тела, при этом ожирение I–III степени диагностировано у 64,3% участников исследования, что является значимым дополнительным фактором сердечно-сосудистого риска.

3. Сочетание неконтролируемой дислипидемии с высокой частотой ожирения свидетельствует о недостаточной эффективности профилактических мероприятий и необходимости более активной коррекции факторов сердечно-сосудистого риска.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Махамадходжаева, М. А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний / М. А. Махамадходжаева, И. Дониев // Scientific progress. – 2021. − № 6. – С. 1902−1906.

2. Шальнова, С. А. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – 63 с.

3. Демидова, Т. Ю. Роль триглицеридно-глюкозного индекса в определении сердечно-сосудистого и метаболического прогноза у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / Т. Ю. Демидова, М. Я. Измайлова, К. М. Белова // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 9. – С. 47–57.

УДК [616.127-005.8-036.11+616.132-007.64]-079.4

А. Е. Карпова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Введение

Боль в грудной клетке представляет собой одну из наиболее сложных и актуальных проблем в клинической практике врача любого профиля. Локализация боли в области сердца требует немедленного исключения коронарогенной патологии. Этиология прекардиального синдрома крайне разнообразна и помимо сердечно-сосудистых заболеваний может включать патологию легких, органов пищеварения, а также заболевания аорты.

Наибольшую клиническую значимость представляет острый болевой синдром, требующий проведения дифференциально-диагностического поиска между различными формами ИБС (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, стенокардия), некоронарогенными

заболеваниями сердца и патологией аорты. В последние годы отмечается увеличение числа случаев заболеваний аорты, в первую очередь аневризмы аорты, проявляющейся острым аортальным синдромом. В связи с этим особую актуальность приобретает дифференциальная диагностика между острым инфарктом миокарда и расслаивающей аневризмой аорты, поскольку оба состояния требуют неотложной помощи, но лечебная тактика при них принципиально различается [1].

Цель

Провести дифференциальный диагноз острого инфаркта миокарда и расслаивающей аневризмы аорты для выявления ключевых клинико-инструментальных критериев, позволяющих своевременно верифицировать эти неотложные состояния.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе У «Гомельский областной клинический кардиологический центр». В ходе работы были проанализированы две истории болезни пациентов с коморбидной патологией, находившихся на стационарном лечении. Проведен сравнительный анализ клинических проявлений, лабораторный показателей и инструментальных данных у пациента с острым инфарктом миокарда и у пациента с расслаивающей аневризмой аорты.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент А., 66 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи. Со слов пациента, утром в день госпитализации отметил появления интенсивной жгучей и давящей боли за грудиной. Самостоятельно не лечился, вызвал СМП. На догоспитальном этапе помощь оказана согласно протоколам МЗ РБ. Предварительный диагноз: «ОКС с подъемом ST».

При поступлении в приемный покой состояние расценено как тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы бледные, положение вынужденное. Гемодинамика: артериальное давление 140/70 мм рт. ст., пульс 53 удара в минуту, частота дыхания 18 в минуту, SpO2 98%.

При поступлении на ЭКГ: зарегистрирована элевация сегмента ST в передне-перегородочной области, верхушке, боковой стенке и высоко-боковой области левого желудочка. Пациент экстренно был доставлен в рентген-операционную, где выполнена коронароангиография (КАГ 1), выявившая окклюзию передней межжелудочковой ветви. Проведены тромбэктомия, баллонная ангиопластика и стентирование ПМЖВ. Тропонин I на момент вмешательства – 0,05 нг/мл.

В этот же день, после возобновления болевого синдрома, на ЭКГ отмечено сохранение подъема сегмента ST в грудных отведениях. Пациент повторно доставлен в рентген-операционную, выполнена КАГ 2, диагностирован тромбоз зоны стентирования ПМЖВ. Проведены повторная баллонная ангиопластика и стентирование ПМЖВ.

При Эхо-КГ: ФВ 40%. Выявлены зоны акинеза в передне-перегородочных, верхушечных сегментах. Дилатация предсердий. Регургитация на митральном и трикуспидальном клапанах 2 степени.

Рентгенография грудной клетки: легкие без патологии. Тень сердца расширена. Тень аорты не расширена, средостение на расширено.

Лабораторные показатели: тропонин I при поступлении – 0, 05 нг/мл. КФК-МВ – 10,2 ед/л; на 2-е сутки отмечен пик КФК-МВ 180,5 ед/л с последующим снижением.

Коагулограмма: при поступлении выявлено удлинение АЧТВ до 196 сек., после первого вмешательства АЧТВ снизился до 23 сек., в динамике АЧТВ 49 сек. Фибриноген 5,05 г/л.

Проводилась терапия: двойная антиагрегантная терапия, антикоагулянты, статины, нитраты.

Заключительный диагноз: ИБС: Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки, Killip I. Артериальная гипертензия III степени, риск 4.

Пациентка М., 60 лет, самостоятельно обратилась за медицинской помощью в связи с ухудшением состояния: появление интенсивной боли за грудиной, одышки. По данным ЭхоКГ от момента поступления выявлены признаки расслоения аневризмы и гидроперикард с угрозой тампонады. Объективно при поступлении: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, акроцианоз, пастозность голеней. Вынужденное положение. Артериальное давление 130/80, SpO2 84%. Аускультативно: диастолический шум.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76. ЭОС отклонена влево.

Эхо-КГ (в динамике): фракция выброса 25%. Аневризма восходящего отдела, дуги и нисходящего отдела аорты с признаками расслоения тип 1 по DeBakey. Гидроперикард с угрозой тампонады сердца. Аортальная регургитация 3 степени. Двусторонний гидроторакс.

КТ-ангиография: хроническая аневризма аорты 3 типа по Дебейки с распространением на нисходящий отдел. Визуально расслоение.

Рентгенография грудной клетки: двусторонний гидроторакс.

УЗИ органов брюшной полости: расширение брюшного отдела аорты, кисты почек, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Лабораторные данные: кардиомаркеры (КФК-МВ): оставались в пределах нормы на протяжении всего наблюдения.

Коагулограмма: фибриноген 1,95 г/л. МНО, АЧТВ, ПВ – в пределах нормы.

Проводилось лечение: интенсивная анальгезия, седация. Контроль артериального давления, инфузионная терапия, гастропротекция.

Заключительный диагноз: Расслаивающая аневризма аорты тип 1 по DeBakey, с вовлечением восходящего отдела, дуги и нисходящего отдела аорты с признаками расслоения. Гидроперикард с угрозами тампонады сердца. Артериальная гипертензия III степени, риск 4. ХСН IIа (ФК III).

Выводы

У пациентов с кардиоваскулярной патологией при наличии болевого синдрома в грудной клетке дифференциальная диагностика должна включать как острый коронарный синдром, так и острый аортальный синдром. В таких клинических ситуациях показано раннее применение лучевых методов диагностики. Своевременная верификация диагноза даже при тяжелом состоянии пациента может оказаться решающей для сохранения жизни.

Проведенный анализ двух клинических случаев позволил выделить основные дифференциально-диагностические критерии между острым инфарктом миокарда и расслаивающей аневризмой аорты. Для острого инфаркта миокарда характерно: элевация сегмента ST на ЭКГ, отсутствие расширения тени аорты на рентгенографии, высокий пик КФК-МВ, наличие зон акинеза на ЭхоКГ, окклюзия ПМЖВ, требующая стентирования.

Для расслаивающей аневризмы аорты характерно: наличие диастолического шума, отсутствие изменений на ЭКГ, визуализация расслоения аорты, гемоперикарда, аортальной регургитации при ЭхоКГ, КТ, а также нормальный уровень кардиоспецифических ферментов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Моисеев, В. С. Внутренние болезни : учебник / В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 960 с.