

2. Консультация профессора А.А. Визеля от 12.04.12. Диагноз: ХОБЛ, средней степени тяжести. ДН II. Рекомендовано: атровент-Н по 2 вдоха 2 раза в день или спирива 1 раз в день постоянно, отказ от курения.

На основании жалоб, объективного осмотра, результатов лабораторных и инструментальных исследований, консультаций специалистов пациенту выставлен диагноз: гипертрофическая кардиомиопатия. Нарушения ритма в виде редкой наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, пароксизмов фибрилляции предсердий. Преходящая полная блокада левой ножки пучка Гиса. ХСН I ФК II. ХОБЛ средней степени тяжести. ДН II. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При выписке даны следующие рекомендации:

1. Отказ от курения.
2. Наблюдение кардиолога и пульмонолога по месту жительства.

3. Амбулаторно прием препаратов:
аспирин 100 мг на ночь;
конкор 1,25 мг 1 раз в сут;
атровент Н по 2 вдоха 2 раза в день;
омез 20 мг 2 раза в день.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Амосова, Е.Н.* Кардиомиопатии/ Е.Н. Амосова. — Киев: Книга плюс, 1999.
Amosova, E.N. Kardiomiopatii/ E.N. Amosova. — Kiev: Kniga plyus, 1999.
2. *Горбаченков, А.А.* Хронические болезни миокарда/ А.А. Горбаченков, Ю.М. Поздняков. — М., 2005.
Gorbachenkov, A.A. Hronicheskie bolezni miokarda/ A.A. Gorbachenkov, Yu.M. Pozdnyakov. — М., 2005.
3. *Джанашия, П.Х.* Кардиомиопатии и миокардиты / П.Х. Джанашия, В.А. Круглов, В.А. Назаренко, С.А. Николенко. — М.: РГМУ, 2000.
Dzhanashiya, P.H. Kardiomiopatii i miokardity / P.H. Dzhanashiya, V.A. Kruglov, V.A. Nazarenko, S.A. Nikolenko. — М.: RGMU, 2000.

© В.И. Морозов, А.А. Подшивалин, Г.Е. Чигвинцев, 2012

УДК 616.36-001-053.31

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАТАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО

ВАЛЕРИЙ ИВАНОВИЧ МОРОЗОВ, докт. мед. наук, доцент, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ

АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ПОДШИВАЛИН, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ

ГРИГОРИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ЧИГВИНЦЕВ, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ

Реферат. Описан редкий случай натальной травмы печени у новорожденного ребенка, рожденного в отягощенных родах в условиях ЦРБ.

Ключевые слова: натальная травма, печень, гематома, кровотечение, гипоксия, центральная нервная система, брюшная полость.

AN EXCEPTIONAL CASE OF A NATAL INJURY OF A LIVER AT THE NEWBORN

V.I. MOROZOV, A.A. PODSHIVALIN, G.E. CHIGVINTSEV

Abstract. An exceptional case of a natal injury of a liver at the newborn is described in current article.

Key words: natal trauma, liver, hematoma, bleeding, hypoxemia, central nervous system, abdominal cavity.

Среди всех хирургических заболеваний травматическое повреждение внутренних органов до настоящего времени считается малоизвестной нозологией. Лишь в 90-х годах в зарубежной, а позже и отечественной литературе, появились упоминания о травматических повреждениях внутренних органов у детей в процессе родов. При этом наиболее часто повреждается печень новорожденного [1, 2, 3]. К сожалению, наиболее часто данная патология не диагностируется прижизненно, а обнаруживается только при аутопсии. Упоминания о сочетанном повреждении центральной нервной системы и какого-либо висцерального органа новорожденного в процессе родов в литературе мы не встречали. Заслуживает внимания клиническое наблюдение в практике детских хирургов-неонатологов отделения хирургии новорожденных ДРКБ МЗ РТ.

Новорожденный ребенок М. Масса тела 3680 г, рост 55 см, окр. головы 35 см, рожден в ЦРБ от 6-й беременности, 2 срочных родов. Матери 34 года: ХФПН, гидронефроз правой почки, низкое прикрепление плаценты, ЖДА. Роды в головном прилежании, быстрые (5 ч), амниотомия, «выдавливание» плода в родах, обвитие пуповины вокруг туловища. Родился в асфиксии (6—7 баллов по шкале Вирджинии Апгар). Состояние при переводе в детское отделение средней степени тяжести.

На следующий день 8.30 утра состояние ближе к удовлетворительному. Ребенок передан матери для кормления грудью.

11.00 утра: состояние резко ухудшилось на фоне снижения всех витальных функций (кожа цианотична, приглушено сердцебиение, ослаблено дыхание, брадикардия меньше 100 уд/мин).

Вызван консультант — детский реаниматолог ДРКБ: интубация, ИВЛ, установлен пупочный катетер для перфузии. Начата инфузионная гемостатическая терапия, перелито 80+30 мл эритромаcсы.

19.45 вечера: состояние крайне тяжелое, не в сознании, ИВЛ, зрачки широкие, периодические клонико-тонические судороги. Живот вздут, увеличен в размерах, выражен сосудистый рисунок на коже. Газы не отходят, стула нет, мочи нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 57 г/л; лейкоциты $12,9 \times 10^9/л$; эритроциты $1,76 \times 10^{12}/л$; тромбоциты $231 \times 10^3/л$; гематокрит 18%.

Повторно через час: гемоглобин 46 г/л; эритроциты $1,39 \times 10^{12}/л$; гематокрит 46%.

Консультирован дежурным хирургом ЦРБ, рекомендован перевод в ДРКБ г. Казани, продолжить инфузионную гемостатическую терапию.

Проведено УЗИ печени: контуры четкие ровные, структура однородная. В надпеченочной области слева и справа определяется свободная жидкость в количестве 50 мл. Направлен в ДРКБ г. Казани.

Направительный диагноз при переводе в ДРКБ г. Казани: геморрагический шок гипоксически-ишемического генеза? Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Подкапсульная гематома печени?

Источник не выявлен. Высокий риск ВУИ и внутрибрюшного кровотечения. Ребенок оставлен в ЦРБ ввиду нетранспортабельности.

На следующий день 17.40: транспортировка в ДРКБ г. Казани продолжительностью 1 час. В 18.41 поступает в отделение реанимации ДРКБ. Состояние очень тяжелое, ИВЛ, по назогастральному зонду геморрагическое отделяемое, живот вздут, мочи нет, газы не отходят. Осмотрен неонатологом ДРКБ, выставлен диагноз: подкапсульная гематома печени. Осложнения: ДВС-синдром с массивным внутрибрюшным кровотечением, кровоизлияние в надпочечники. Постгеморрагическая анемия. Ишемическая нефропатия. ОПН. Церебральная ишемия II ст., СДР III ст.

Консультация детского хирурга ДРКБ. Проведена обзорная рентгенография брюшной полости: тотальное затенение.

УЗИ брюшной полости: определяется большое количество жидкости (кровь?) в боковых каналах, гематома в паренхиме правой доли печени.

Решено выполнить лапароцентез. По дренажной трубке из брюшной полости струйно выделилось 180 мл темной несворачивающейся крови.

Продолжена инфузионная, гемостатическая терапия, переливание эритромаcсы.

2.00 ночи: состояние очень тяжелое, диагностирован пневмоторакс справа.

Плевральная пункция — удалено 20 мл воздуха. По зонду из брюшной полости скопилось 50 мл темной крови. Гемоглобин 78 г/л.

Признаков продолжающегося кровотечения нет.

8.00 утра: консилиум детских хирургов и зам. гл. врача по хирургии. Показаний к операции не выявлено.

8.00—11.15 утра: состояние ребенка терминальное, кардиореспираторная депрессия. АД не фиксируется. Проводятся реанимационные мероприятия. Состояние временно стабилизировалось.

21.40 вечера: вновь резкое ухудшение состояния, брадикардия до 64 уд/мин. Реанимационные мероприятия в течение 30 мин безуспешны. В 22.10 зафиксирована смерть.

Диагноз при направлении на аутопсию: подкапсульная гематома печени с разрывом капсулы, внутрибрюшное кровотечение. ДВС-синдром с кровоизлияниями в кожу, желудочно-кишечный тракт, надпочечники. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Шок. Полиорганная недостаточность. Ишемическая нефропатия. ОПН. Церебральная ишемия тяжелой степени. ВУИ? ООО. ОАП. ГС.ТИМ.

Патолого-анатомический диагноз:

I. Родовая травма: подкапсульная гематома диафрагмальной поверхности правой доли печени (площадью 8×10 см, толщиной до 1,5 см), кровоизлияния в паранефральную клетчатку, забрюшинной клетчатке, вероятные кровоизлияния в капсуле селезенки (по данным медицинской документации — тугое обвитие пуповины вокруг туловища).

II. Разрыв капсулы печени в области гематомы у переднего края правой доли (размер дефекта $2,2 \times 1,5$ см). Кровоизлияние в брюшную полость (по данным секции жидкой крови 15 мл, сгустков 15 мл).

Дренирование брюшной полости.

Геморрагический шок: массивные некрозы паренхимы печени, распространенные кортикостероидные некрозы ткани почек, множественные некрозы (инфаркты) надпочечников с кровоизлияниями, перивентрикулярная лейкомаляция, локальный эпидермолиз в области голеностопного сустава слева. Расхождение костей черепа по сагитальному шву 6 мм.

Очаговые кровоизлияния в альвеолы легких, очаговый «белковый» альвеолярный отек легких. Небольшие очажки ацинарной пневмонии в зонах кровоизлияний.

Тромбофлебит пупочной вены с колониями микробов в стенках вены и тромбах.

Катетеризация яремной вены справа.

III. Кровоизлияния в мягких тканях волосистой части головы и в апоневроз. Кровоизлияния в твердой мозговой оболочке.

ДМПП вторичный 1 мм, ОАП 2 мм.

По данному случаю летального исхода новорожденного была проведена экспертная оценка главного специалиста-эксперта — детского хирурга.

Выводы эксперта.

Диагностические и лечебные мероприятия ребенку с данной патологией во время его пребывания в ЦРБ были выполнены недостаточно своевременно и не в полном объеме.

Имеет место причинно-следственная связь развития натальной травмы печени с образованием подкапсульной гематомы с действиями медицинских работников в процессе родоразрешения.

Других возможных причин, обусловивших развитие подкапсульной гематомы печени, у ребенка нет.

Смерть ребенка, возможно, была бы предотвращена в случае иного алгоритма проведения лечебно-диагностических мероприятий в условиях ЦРБ. После диагностирования профузного внутрибрюшного кровотечения (по клинико-лабораторным и результатам УЗИ) показано было экстренное оперативное вмешательство по экстренным показаниям в условиях хирургического отделения ЦРБ. При этом не исключалось и участие детского хирурга-неонатолога ДРКБ, которого не вызвали на консультацию в ЦРБ по санавиации вместе с реаниматологом-неонатологом (была осуществлена только консультация). Раннее оперативное вмешательство предотвратило бы необратимые изменения

жизненно важных органов, которые привели к летальному исходу. Необходимо отметить, что даже в случае раннего оперативного лечения ребенка в условиях ЦРБ, прогноз заболевания был бы сомнительным вследствие тяжести развившихся после повреждения печени осложнений и отягощенного преморбидного фона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов, В.И. Нейрогенные дисфункции висцеральных органов у детей (хирургические и педиатрические аспекты) / В.И. Морозов, Л.Ф. Рашитов, Д.В. Морозов. — Казань, 2008. — 152 с.

Morozov, V.I. Neirogenne disfunkcii visceral'nyh organov u detej (hirurgicheskie i pediatricheskie aspekty) / V.I. Morozov, L.F. Rashitov, D.V. Morozov. — Kazan', 2008. — 152 s.

2. Педиатрия: руководство / под ред. Р.Е. Бермана, В.К. Вогана; пер. с англ. С.С. Никитиной. — М.: Медицина, 1991. — Кн. 2.
Pediatrija: rukovodstvo / pod red. R.E. Bermans, V.K. Vogana; per. s angl. S.S. Nikitinoj M.: Medicina, 1991. — Kn. 2.
3. Робертон, Н.Р.К. Практическое руководство по неонатологии / Н.Р.К. Робертон; пер. с англ. Л.Д. Шакиной. — М.: Медицина, 1998. — 474 с.
Roberton, N.R.K. Prakticheskoe rukovodstvo po neonatologii / N.R.K. Roberton; per. s angl. L.D. Shakinoj. — M.: Medicina, 1998. — 474 s.

© О.Б.Ощепкова, Н.А.Цибулькин, Э.Б.Фролова, О.Ю.Михопарова, 2012
УДК 616.124.2:616.127-005.8

РАЗРЫВ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ОЛЬГА БОРИСОВНА ОЩЕПКОВА, врач-кардиолог, зав. кардиологическим отделением Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, e-mail: oschepkova.kazan@mail.ru

НИКОЛАЙ АНАТОЛЬЕВИЧ ЦИБУЛЬКИН, канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, e-mail: diagnost@ksu.ru

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. начальника по лечебной работе Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, тел. (843)291-26-84, e-mail: frolova.67@mail.ru

ОЛЬГА ЮРЬЕВНА МИХОПАРОВА, начальник кабинета функциональной диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, тел. (843)291-26-96, e-mail: olga-michoparova@rambler.ru

Реферат. В статье рассматривается клинический случай разрыва миокарда в качестве раннего осложнения острого повторного инфаркта. Данный случай демонстрирует характерное клиническое течение наружного разрыва миокарда на фоне прогрессирующей отрицательной электрокардиографической динамики в сочетании с определенными факторами, в большей или меньшей степени предрасполагающими к его возникновению. Также представлены основные прогностические признаки, позволяющие клиницисту выявлять пациентов с острым инфарктом, имеющих повышенный риск развития данного осложнения.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, осложнения, разрыв миокарда, факторы риска.

RUPTURE OF LEFT VENTRICULAR WALL AS COMPLICATION OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. CLINICAL CASE

O.B. OSCHEPKOVA, N.A. TSIBULKIN, E.B. FROLOVA, O.YU. MIKHOPAROVA

Abstract. The article presents a clinical case of myocardial rupture as an early complication of acute infarction. The case demonstrates typical clinical picture of myocardial rupture with progressive electrocardiography changers and factors that determine its development. The basic prognostic signs are also presented that indicate patients with increased risk of myocardial rupture.

Key words: myocardial infarction, complications, myocardial rupture, risk factors.

Актуальность и факторы риска. Сердечно-сосудистые заболевания справедливо называют эпидемией XXI в. В течение многих лет они являются ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах, в том числе и в России, составляя 55—56% от общей смертности [4, 6]. Согласно статистике последних лет, в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 85,5% приходится на долю ишемической болезни сердца (46,8%) и мозгового инсульта (38,7%). Инфаркт миокарда (ИМ) как наиболее прогностически неблагоприятная форма ИБС часто приводит к развитию жизнеугрожающих осложнений, одним из которых является разрыв миокарда.

Разрывы миокарда занимают третье место среди причин смерти больных инфарктом миокарда после

кардиогенного шока и отека легких. В свою очередь и кардиогенный шок, и отек легких сами могут быть клиническими проявлениями неполного разрыва миокарда. Учитывая, что не всем умершим больным ИМ выполняется патолого-анатомическое исследование, об истинной частоте разрывов сердечной мышцы судить сложно. Разрывы миокарда подразделяются на наружные (разрыв стенки левого желудочка с возникновением гемоперикарда) и внутренние (разрыв межжелудочковой перегородки или папиллярных мышц).

Разрывы миокарда обычно происходят в период острой фазы инфаркта и имеют два пика частоты возникновения — в первые сутки и на 4—7-й день от начала заболевания. У подавляющего числа больных с разрывом миокарда летальный исход наступает в течение нескольких минут от фибрилляции желудочков,