

2. Kadish AH, Jacobson JT. Early Arrhythmic Risk Assessment in Idiopathic Cardiomyopathy: A Tincture of Time Can Be the Wrong Medicine. *JACC Clin Electrophysiol.* 2016; 2 (5): 544-545.
3. Piano MR. Alcoholic Cardiomyopathy: Is it Time for Genetic Testing? *J Am Coll Cardiol.* 2018; 71 (20): 2303-2305.
4. Wilcox JE, Hershberger RE. Genetic cardiomyopathies. *Curr Opin Cardiol.* 2018; 33 (3): 354-362.
5. Deo R. Alternative splicing, internal promoter, nonsense-mediated decay, or all three; Explaining the distribution of truncation variants in titin. *Circ Cardiovasc Genet.* 2016; 9: 419-425.
6. Elliott P, Andersson B, Arbustini E, et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society Of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J.* 2008; 29: 270-276.
7. Arbustini E, Narula N, Dec G, et al. The MOGE(S) classification for a phenotype-genotype nomenclature of cardiomyopathy: endorsed by the World Heart Federation. *J Am Coll Cardiol.* 2013; 62 (22): 2046-2072.
8. Akinrinade O, Ollila L, Vattulainen S, et al. Genetics and genotype-phenotype correlations in Finnish patients with dilated cardiomyopathy. *Eur Heart J.* 2015; 36: 2327-2337.
9. Waseem M, Yaqoob N, Tariq MI, et al. Effects of Lower Limb Cycle Training on Echocardiographic Parameters of Left Ventricle in Dilated Cardiomyopathy Patients. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2018; 28 (5): 370-373.
10. Yancy C, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation.* 2013; 128: 1810-1852.
11. Ehlert F, Cannom D, Renfroe E, et al. Comparison of dilated cardiomyopathy and coronary artery disease in patients with life-threatening ventricular arrhythmias: differences in presentation and outcome in the AVID registry. *Am Heart J.* 2001; 142: 816-822.
12. Ingles J, Bagnall RD, Semsarian C. Genetic Testing for Cardiomyopathies in Clinical Practice. *Heart Fail Clin.* 2018; 14 (2): 129-137.
13. Ware JS, Amor-Salamanca A, Tayal U, et al. Genetic Etiology for Alcohol-Induced Cardiac Toxicity. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 71 (20): 2293-2302.
14. Arbustini E, Narula N, Tavazzi L, et al. The MOGE(S) Classification of Cardiomyopathy for Clinicians. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64: 304-318.
15. Masarone D, Kaski JP, Pacileo G, et al. Epidemiology and Clinical Aspects of Genetic Cardiomyopathies. *Heart Fail Clin.* 2018; 14 (2): 119-128.

© Г.А. Мухаметшина, И.А. Гималетдинова, Н.Б. Амиров, Л.Р. Абсялямова, О.Ю. Михопарова, А.Р. Арсланова, 2018

УДК 616.127-005.8-079.4:616.37-002.1

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).119-124

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

МУХАМЕТШИНА ГУЗЕЛЬ АГЗАМОВНА, канд. мед. наук, врач-кардиолог кардиологического отделения ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. 8-929-723-12-91, e-mail: guzel.muhametshina.71@mail.ru

ГИМАЛЕТДИНОВА ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА, врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. 8-903-313-12-27, e-mail: iren-kaz@mail.ru

АМИРОВ НАИЛЬ БАГАУВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-0009-9103, SCOPUS Author ID: 7005357664; докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики № 1 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия 420012, Казань, ул. Бултерова, 49, тел. 8-843-291-26-76, e-mail: namirov@mail.ru

АБСАЛЯМОВА ЛЭЙЛЭ РАВИЛОВНА, зав. гастроэнтерологическим отделением ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. 8-965-608-72-73, e-mail: absalyamova1609@mail.ru

МИХОПАРОВА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА, зав. отделением функциональной диагностики ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. 8-937-525-5-261, e-mail: Olga-mihoparova@rambler.ru

АРСЛАНОВА АЛИНА РОБЕРТОВНА, ординатор кафедры кардиологии, рентгеноэндovasкулярной и сердечно-сосудистой хирургии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11, тел. 8-937-773-02-45, e-mail: arslanovalina@yandex.ru

Реферат. Цель исследования – обмен опытом дифференциальной диагностики острого инфаркта миокарда у пациента с острым панкреатитом. **Материал и методы.** Представлен клинический случай, демонстрирующий атипичное развитие и течение острого инфаркта миокарда у пациента, госпитализированного в ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по РТ» с обострением хронического панкреатита, страдающего гипертонической болезнью и сахарным диабетом. **Результаты и их обсуждение.** В зависимости от клинических проявлений выделяют такие формы инфаркта миокарда, как астматический, цереброваскулярный, аритмический и гастралгический. В частности, клиническими проявлениями гастралгического варианта служат болевые ощущения в эпигастриальной области, сопровождающиеся различными диспепсическими симптомами (изжогой, рвотой). В 5% случаев клинические проявления при остром инфаркте миокарда и остром панкреатите могут быть схожи, что затрудняет диагностику. Болевые ощущения при остром панкреатите локализуются в верхней части живота, могут иррадиировать в левую руку, плечо и межлопаточную область, что может быть характерно и для острого инфаркта миокарда. Однако продолжительность болевого синдрома при остром инфаркте миокарда составляет несколько часов, а при остром панкреатите болевые ощущения могут длиться несколько дней. Примерно в 8% случаев при остром инфаркте миокарда наблюдается однократная рвота, а при остром панкреатите она может быть многократной и сопровождаться метеоризмом, нарушением стула. Отсутствие зубца Q на электрокардиограмме

и типичного подъема интервала ST (могут выявляться лишь диффузные изменения на электрокардиограмме в виде смещения интервала ST книзу от изолинии и отрицательного зубца T), высокий уровень в крови α -амилазы и диастазы в моче. И в том и в другом случае может развиваться шоковое состояние. **Выводы.** В ряде случаев острый инфаркт миокарда протекает под маской различных заболеваний. Иногда у пациента оба заболевания могут развиваться одновременно, что требует от врача правильной оценки состояния пациента при отсутствии лабораторных анализов и инструментальных исследований и определения правильной тактики диагностики и лечения. Характерным для коронарного синдрома при остром панкреатите можно считать лишь те нарушения, которые появляются на высоте заболевания и исчезают параллельно с улучшением состояния больного.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, панкреатит, сахарный диабет, боль.

Для ссылки: Трудности диагностики острого инфаркта миокарда у пациента с острым панкреатитом / Г.А. Мухаметшина, И.А. Гималетдинова, Н.Б. Амиров [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 4. – С. 119–124. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).119-124.

THE CHALLENGES IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION DIAGNOSIS IN A PATIENT WITH ACUTE PANCREATITIS

MUKHAMETSHINA GUZEL A., C. Med. Sci., cardiologist of the Department of cardiology of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Republic of Tatarstan, Russia, 420000, Kazan, Orenburgsky tract str., 132, tel. +7-929-723-12-91, e-mail: guzel.muhametshina.71@mail.ru

GIMALETDINOVA IRINA A., gastroenterologist of the Department of gastroenterology of Clinical Hospital of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Republic of Tatarstan, Russia, 420000, Kazan, Orenburgsky tract str., 132, tel. 8-903-313-12-27, e-mail: iren-kaz@mail.ru.

AMIROV NAIL B., ORCID ID: 0000-0003-0009-9103, SCOPUS Author ID: 7005357664; D. Med. Sci., professor of the Department of general medical practice № 1 of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: namirov@mail.ru

ABSALYAMOVA LYEILYE R., Head of the Department of gastroenterology of Clinical Hospital of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Republic of Tatarstan, Russia, 420000, Kazan, Orenburgsky tract str., 132, tel. 8-965-608-72-73, e-mail: absalyamova1609@mail.ru

MIKHOPAROVA OLGA YU., Head of the Department of functional diagnostics of Clinical Hospital of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Republic of Tatarsan, Russia, 420059, Kazan, Orenburgskiy tract str., 132, tel. 8-937-525-5-261, e-mail: Olga-mihoparova@rambler.ru

ARSLANOVA ALINA R., resident of the Department of cardiology, roentgenendovascular and cardiovascular surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Mushtari str., 11, tel. 8-937-773-02-45, e-mail: arslanovalina@yandex.ru

Abstract. Aim. The aim of the study was to share the experience of the differential diagnosis of acute myocardial infarction in a patient with acute pancreatitis. **Material and methods.** A clinical case demonstrating atypical development and course of acute myocardial infarction in a patient with exacerbation of chronic pancreatitis from hypertension and diabetes mellitus hospitalized in the clinical hospital of the Medical Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan suffering is presented. **Results and discussion.** Depending on the clinical manifestations, myocardial infarction can be classified as asthmatic, cerebrovascular, arrhythmic or gastralgic. In particular, clinical manifestation of the gastralgic type is pain in the epigastric region, accompanied by various dyspeptic symptoms (heartburn, vomiting). In 5% of cases, clinical manifestations of acute myocardial infarction and acute pancreatitis can be similar, which makes diagnosis difficult. In acute pancreatitis pain is localized in the upper abdomen, it can irradiate to the left arm, shoulder and interscapular area, which may be also the features of acute myocardial infarction. However, the duration of the pain syndrome in acute myocardial infarction is several hours, while in acute pancreatitis, pain can last several days. Approximately 8% of observed cases of acute myocardial infarction are characterized by single vomiting, while in acute pancreatitis it can be multiple and it is usually accompanied by flatulence and altered defecation pattern. The absence of a Q wave on the electrocardiogram and a typical rise of the ST interval (only diffuse changes on the electrocardiogram can be detected, such as a shift of the ST interval below the isoline and an inverted T wave), a high level of α -amylase and diastase in the urine. Shock may develop in either case. **Conclusion.** In a number of cases, acute myocardial infarction occurs under the mask of other diseases. Sometimes both diseases can develop simultaneously, which requires from doctor to correctly assess the patient's condition in the absence of laboratory tests and instrumental studies and to determine correct strategy for diagnosis and treatment. Coronary syndrome in acute pancreatitis can be considered only for those disorders that appear at the height of the disease and disappear along with the improvement of the patient's condition.

Key words: acute myocardial infarction, pancreatitis, diabetes mellitus, pain.

For reference: Muhametshina GA, Gimaletdinova IA, Amirov NB, Absalyamova LR, Mikhoparova OYu, Arslanova AR. The challenges in acute myocardial infarction diagnosis in a patient with acute pancreatitis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (4): 119–124. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).119-124.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания – одна из наиболее актуальных проблем здравоохранения для большинства стран мира, в том числе и для России, в связи с высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью населения (около 40% людей умирают в активном трудоспособном возрасте). Первое место по-прежнему

занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) в связи с увеличением количества лиц трудоспособного возраста, страдающих различными формами ИБС [1]. Особенностью последнего десятилетия является тенденция к «омоложению» инфаркта миокарда (ИМ). В то же время в связи с глобальным постарением населения все больше людей пожилого

и, особенно, старческого возраста переносят ИМ [2]. Прогноз больных ИМ определяется как возрастом, так и наличием сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, гипертонической болезни и др.) [3, 4, 5, 6]. Несмотря на научно-технические достижения в ранней диагностики и лечения ИМ, возникают сложности дифференциации острого инфаркта миокарда с другими сопутствующими заболеваниями, а именно, когда ИМ протекает на фоне обострения желудочно-кишечных заболеваний (в частности, острого панкреатита) с сильной болью в области живота. Объясняется это как сходством основных клинических проявлений обоих заболеваний, так и возможностью их одновременного возникновения у одного и того же больного [7, 8]. Некроз поджелудочной железы приводит к поступлению в кровь протеолитических ферментов, под влиянием которых могут возникать очаговые некрозы в миокарде, а иногда развивается острый перикардит. Болевой синдром и шок могут быть одинаково выражены при обоих заболеваниях.

Локализация боли нередко наблюдается (особенно при заднем инфаркте миокарда) в верхней половине живота – в подложечной области. Болевой синдром при инфаркте миокарда нередко сопровождается тошнотой, реже рвотой (однократной), небольшим вздутием живота или парезом желудка, нарушения стула обычно нет. Боль в верхней части живота с иррадиацией в левую руку, в левое плечо, левую лопатку или в межлопаточную область считается характерной для острого панкреатита. Такая же локализация боли встречается приблизительно у 5% больных инфарктом миокарда. У большинства больных инфарктом миокарда боли чаще всего возникают после физических и эмоциональных нагрузок, носят волнообразный характер и становятся более интенсивными через 20–30 мин от начала приступа, на короткое время облегчаются после приема нитроглицерина. При динамическом наблюдении боль при самой разной локализации перемещается в область сердца, за грудину. Нарастание (усиление) диспепсического синдрома не характерно для инфаркта миокарда. Если к этому добавит нередко совпадение лабораторных признаков обоих заболеваний, то станет очевидным, что их дифференциальная диагностика основывается, главным образом, на умении врача оценивать оттенки одних и тех же симптомов. Боль при неосложненном инфаркте миокарда держится обычно несколько часов. Боль при панкреатите всегда постоянная и длительная, сопровождается повторной рвотой и выраженным вздутием живота.

Динамика болевого синдрома несколько отличается при панкреатите и инфаркте миокарда: боль при инфаркте, если она в дебюте заболевания локализовалась в животе, к концу первых суток уходит за грудину, в прекардиальную область. Страх смерти и общее беспокойство являются частыми признаками острого панкреатита. Эти же симптомы характерны и для инфаркта миокарда. Рвота при инфаркте миокарда обычно однократная, редко повторяется. Острый некроз поджелудочной железы (острый панкреатит), как правило, осложняется шо-

ком. Резкое падение артериального давления может стать одной из причин развития острой коронарной патологии. Результаты исследования активности панкреатических ферментов тоже не всегда помогают в проведении дифференциальной диагностики острого панкреатита и инфаркта миокарда. Парез кишечника относится к числу типичных признаков острого панкреатита. На обзорных рентгенограммах брюшной полости он обнаруживается по увеличению расстояния между желудком и толстой кишкой, по повышению пневматизации поперечной ободочной кишки. При инфаркте миокарда изменения на ЭКГ могут появляться не сразу, а через 12–24 ч (редко до 36 ч) после начала приступа. Характерным для коронарного синдрома при остром панкреатите можно считать лишь те нарушения, которые появляются на высоте заболевания и исчезают параллельно с улучшением состояния больного. При инфаркте миокарда указанные признаки не встречаются. В трудных для диагноза случаях существенную помощь оказывают результаты эхокардиографического исследования сердца (зоны акинезии, гипокинезии и парадоксальные движения межжелудочковой перегородки стенки левого желудочка) [8]. Описаны инфаркты миокарда, осложнившиеся острым панкреатитом, желудочно-кишечным кровотечением, перфорацией стенки полых органов, диареей [8].

Клинический случай. 26.04.17 г. в 15.40 в приемный покой клинического госпиталя самостоятельно обратился пациент Ч., 25.10.1947 года рождения, с выраженным болевым синдромом в эпигастральной области.

Жалобы при поступлении: постоянные тупые, ноющие боли в верхней половине живота опоясывающего характера, независимо от приема пищи, тошнота, однократная рвота съеденной пищей с примесью желчи, не приносящая облегчение, однократный жидкий стул (без патологических примесей), вздутие, чувство распирания живота, задержка отхождения газов, выраженная сухость во рту, горечь во рту, общая слабость, несистемное головокружение при смене положения тела, «познабливание».

Анамнез. Со слов пациента, ухудшение самочувствия отмечает с 26 апреля с 12 ч без видимой причины (нарушения в режиме питания не было); резко появились боли в эпигастральной области с иррадиацией в межлопаточную область, в околопупочной области, тошнота, однократная рвота съеденной пищей, которая не принесла облегчение, однократно жидкий стул (без патологических примесей). Болей в прекардиальной области, одышки не отмечал. Артериальное давление (АД) – 170/100 мм рт. ст. (измеряли родственники).

С 2008 г. пациент страдает хроническим панкреатитом. Начало заболевания острое, с выраженных болей в верхней половине живота, околопупочной области после нарушения в диете. С 2014 г. отмечаются частые обострения после незначительных погрешностей в режиме питания. Принимает ферменты (креон) курсами, дозу ферментов регулирует самостоятельно, ингибиторы протонной помпы. Стационарное лечение в условиях гастроэнтерологического отделения Клинического госпиталя МВД

принимает практически ежегодно с положительной динамикой. С мая 2015 г. присоединились явления внешнесекреторной недостаточности (жидкий стул по несколько раз в день). В анамнезе с 2005 г. полипоз желудка, лазерная деструкция по поводу лейкоплакии гортани, в мае 2015 г. диагностирован полипоз толстого кишечника, произведена полипэктомия, находится под наблюдением у онколога в Республиканском клиническом онкологическом диспансере. Из сопутствующих заболеваний: с 2005 г. – сахарный диабет II типа, находится на диете, принимает метформин. С 2014 г. – диабетическая полинейропатия, сенсомоторная форма, диабетическая нефропатия, хроническая почечная недостаточность (ХПН) 0. Гипертоническая болезнь с 1995 г., максимальное АД – 180/120 мм рт. ст., оптимальное АД – 120/80 мм рт. ст. Принимает индапамид 2,5 мг/сут, моноприл 10 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, препараты ацетилсалициловой кислоты. В анамнезе дислипидемия (показатели общего холестерина 5,6–7,9 ммоль/л, гипертриглицеридемия). В 2014 г. проведена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) артерий нижних конечностей: атеросклероз артерий со стенозированием обеих общих бедренных артерий (ОБА) слева до 40%, справа 45%. В 2014 г., находясь на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении по поводу очередного обострения хронического панкреатита, отмечал незначительные боли ноющего характера в прекардиальной области (независимо от физической нагрузки, купирующиеся самостоятельно), в связи с этим проведено суточное мониторирование (СМ) электрокардиограммы (ЭКГ): синусовый ритм с частотой сердечных сокращений (ЧСС) составил 72 уд/мин с максимальным ускорением синусового ритма до 156 уд/мин в 11.45.51. При минимальной ЧСС 54 уд/мин в 22.28.14 интервал QT – 433 мс. Сегмент ST, зубец T без существенной динамики. Данных об ишемических изменениях не выявлено. По данным СМ артериального давления (АД) от января 2015 г. выявлены повышение средних величин систолического АД (САД) (ночь), индекса нагрузки давлением САД, диастолического АД (ДАД) (ночь), пульсового давления. Нарушение суточного ритма для САД, ДАД в виде недостаточной степени ночного снижения АД (Nondipper). Максимальный подъем АД в 19.00 до 163/81 мм рт. ст. Минимальное АД наблюдается в 1.00 – 120/61 мм рт. ст. Данные СМАД соответствуют второй степени артериальной гипертензии.

Объективно: состояние при осмотре средней степени тяжести. Астенизирован, выраженная слабость, передвигается с помощью сопровождающих. Бледность кожных покровов, кожные покровы горячие на ощупь, температура тела 38,9°C, речь замедлена, выражение лица страдальческое. Сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. Ориентирован в пространстве и времени. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 100 уд/мин. АД – 105/70 мм рт. ст. Язык сухой, густо обложен грязно-белым налетом. Живот правильной формы, увеличен в размерах за счет подкожной клетчатки,

участвует в акте дыхания, вздут, перистальтика выслушивается, вялая. При пальпации умеренная болезненность в верхней половине живота, в точке Губергрица. Болезненность при перкуссии над поджелудочной железой (симптом Раздольского). Симптом Тужилина (симптом «красных капелек»). На ЭКГ без острой коронарной патологии.

Обследование. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования от 26.04.2017: ОАК: СОЭ – 15 мм/ч; лейкоциты – $4,58 \times 10^{12}/л$; эритроциты – $3,6 \times 10^9/л$, гемоглобин – 132 г/л; палочкоядерные – 15%; сегменто-ядерные – 57%; лимфоциты – 12%; моноциты – 12%; эозинофилы – 1%; ОАМ: цвет соломенно-желтый, уд. вес – 1010, следы белка, лейкоциты – единичные в поле зрения. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек: поджелудочная железа гантелеобразной формы, контуры неровные, границы нечеткие; структура гиперэхогенная, неоднородная; головка – 30 мм, тело – 20 мм, хвост – 22 мм; диффузные изменения печени по типу стеатоза; сладж-синдром, стенки желчного пузыря утолщены до 3,5 мм; почки – без особенностей, мочекаменный диатез; визуализируются расширенные петли кишечника; очаговые изменения не выявлены.

На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 80 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца (ЭОС) влево.

Учитывая выраженный болевой синдром в области живота, данные объективного статуса, параклинических методов исследования, пациент госпитализирован в палату интенсивной терапии.

Назначено: голод. Внутривенная инфузионная терапия в объеме 1200 мл (ингибиторы протеаз, физиологический раствор 0,9%, трисоль, метронидазол, ингибиторы протонной помпы), ферменты, спазмолитики. На фоне проводимой терапии болевой синдром уменьшился, но гемодинамические показатели стали нестабильными: уровень АД – 84/56–80/50 мм рт. ст., ЧСС – 80 уд/мин. На фоне гипотензии жалоб пациент не предъявлял, болей в сердце, одышки не отмечал. С целью нормализации гемодинамики начата инфузионная терапия дофамина 5% – 5,0 на физиологическом растворе 0,9% – 200,0 со скоростью 8 капель в мин. На ЭКГ от 26.04.2017 (16.00) по сравнению с ЭКГ от 26.04.2017 (12.30) появилась отрицательная динамика в виде подъема сегмента ST от 1,5 до 2,0 мм в I, aVL, V1–V4, уменьшение амплитуды зубца r и S в aVF. Взят анализ крови на тропонины, результат отрицательный.

Учитывая сохраняющуюся гипотензию на фоне проводимой инфузии дофамина, отрицательную динамику ЭКГ на фоне коморбидной патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), больной переведен в отделение кардиореанимации РКБ с целью проведения коронароангиографии и определения дальнейшей тактики ведения с диагнозом ИБС; острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST.

26.04.2017 в Республиканской клинической больнице (РКБ) пациенту в экстренном порядке проведена коронароангиография. Выявлен атеросклероз коронарных артерий: ствол левой коронарной артерии (ЛКА) – контуры ровные; передняя межже-

лудочковая ветвь (ПМЖВ) ЛКА – пролонгированный стеноз до 65% среднего сегмента; диагональная ветвь (ДВ) – 1-й, 2-й контуры ровные; ветвь тупого края (ВТК) ЛКА – контуры ровные; правая коронарная артерия (ПКА) – стеноз 1-го сегмента до 65%; неровность контуров 2-го сегмента средней части. Проведена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика сердца (ЧТКАС) ПМЖВ ЛКА стентом «ВМХ» (DES) 3,5×18 мм. По данным эхокардиоскопии (ЭхоКС) выявлена гипокинезия миокарда базальных нижнего и нижнеперегородочного сегментов левого желудочка. Небольшое снижение глобальной сократительной функции миокарда левого желудочка (фракция выброса – 54% по Симпсону). Нарушение диастолической функции миокарда обоих желудочков. Митральная регургитация первой степени. В динамике по ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 76 уд/мин; отклонение ЭОС резко влево. Нарушение проводимости по типу блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВЛНПГ). Сегмент ST на изолинии.

Лечение: клопидогрель, аспирин, периндоприл, бисопролол, гепарин, аторвастатин. Состояние пациента стабилизировалось. После подбора адекватной терапии с рекомендациями пациент выписался. При выписке рекомендовано: клопидогрель 75 мг в течение 12 мес, аспирин 100 мг, периндоприл 2 мг, бисопролол 2,5 мг, аторвастатин 40 мг; усиленная наружная контрпульсация – 30–35 процедур; ЧТКАС ПКА (в связи со стенозом 1-го сегмента до 65%, неровностью контуров 2-го сегмента средней части) в плановом порядке.

Выводы. Данный клинический случай интересен тем, что у пациента Ч. при отсутствии ангинозных болей, ишемического анамнеза, на фоне выраженной клинической картины острого панкреатита развился острый инфаркт миокарда (ОИМ). Такое атипичное развитие заболевания можно рассматривать как один из вариантов ОИМ, в данном случае гастралгического. Что вполне возможно при наличии у пациента стеноза ПКА до 65% (по данным коронарной ангиографии), зоны гипокинезии в области базальных нижнего и нижнебокового сегментов ЛЖ и динамики ЭКГ (изменения конфигурации комплекса QRS в отведениях III, AVF). Однако нельзя исключить наличие явного обострения хронического панкреатита у пациента Ч., страдающего данным заболеванием на протяжении 10 лет, предполагая, что выраженный болевой синдром явился провоцирующим фактором развития ОИМ. Не исключается и самостоятельное развитие ОИМ на фоне имеющегося обострения хронического панкреатита, что привело к развитию шокового состояния (снижению АД), так как в процесс вовлечены не только базальные отделы левого желудочка, но и переднеперегородочная зона, с развитием переднеперегородочного инфаркта миокарда на фоне стеноза передней межжелудочковой артерии до 65% (по данным КАГ).

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в

разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов, Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации / Р.Г. Оганов // Кардиология. – 2001. – № 4. – С.8–11.
2. Ишемическая болезнь сердца в общей врачебной практике: диагностика, лечение и профилактика: монография / М-во здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации; Казан. гос. мед. ун-т; Медико-сан. часть М-ва внутр. дел по Респ. Татарстан; сост. Н.Б. Амиров [и др.]; под ред. Н.Б. Амирова. – Казань, 2011. – 193 с.
3. Современные взгляды на этиопатогенез инфаркта миокарда при сахарном диабете II типа и методы лечения (обзор литературы) / Е.А. Корниенко, О.Ш. Ойноктинова, А.П. Баранов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 2. – С.3–8.
4. Дедов, И.И. Проблемы острого инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом: эхо Мюнхена / И.И. Дедов, А.А. Александров // Кардиология. – 2008. – № 1. – С.4–10.
5. Особенности и прогностическая значимость симпатoadреналовой активности у больных инфарктом миокарда и сахарным диабетом II типа / Е.И. Панова, Н.Е. Круглова, Л.Г. Стронгин, О.А. Коченюк // Клиническая медицина. – 2011. – № 2. – С.81–84.
6. Стрюк, Р.И. Адренореактивность и сердечно-сосудистая система / Р.И. Стрюк, И.Г. Длусская. – М.: Медицина, 2003. – С.160.
7. Внутренние болезни: в 10 кн. пер. с англ. / под ред. Е. Браунвальда, К.Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа [и др.]. – М.: Медицина, 1995. – Кн. 5. – 284 с.
8. Виноградов, А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А.В. Виноградов. – М.: Медицина, 1987. – С.162–163.
9. Отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств у пациентов с острым инфарктом миокарда в сочетании с сахарным диабетом II типа / А.А. Азаров, С.А. Евтушенко, Е.В. Тавлуева, О.Л. Барбараш // Обсуждаемые заболевания сосудов: проблемы и перспективы: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Кемерово, 2009. – С.20–21.
10. Николаева, Л.Ф. Атипичная клиническая картина острого инфаркта миокарда как предиктор отдаленной летальности (по данным «Регистра острого инфаркта миокарда») / Л.Ф. Николаева, Д.М. Аронов // Вопросы неотложной кардиологии – 2015: тез. VIII Всерос. форума. – Томск, 2015. – С.6.
11. Николаева, Л.Ф. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / Л.Ф. Николаева, Д.М. Аронов. – М.: Медицина, 2003. – С.160.
12. Острый коронарный синдром / Л.А. Бокерия, Ю.И. Бузишвили, В.С. Работников [и др.]. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2004. – С.78–99.
13. Петросян, Ю.С. О суммарной оценке состояния коронарного русла у больных ишемической болезнью сердца / Ю.С. Петросян, Д.Г. Иоселиани // Кардиология. – 1976. – С.12, 16, 41–46.

REFERENCES

1. Oganov RG. Serdechno-sosudistyye zabolevaniya v Rossiyskoy Federatsii [Cardiovascular diseases in Russian Federation]. Kardiologiya [Cardiology]. 2001; 4: 8-11.
2. Amirov NB ed. Ishemicheskaja bolezn' serdca v obshhej vrachebnoj praktike: diagnostika, lechenie i profilaktika:

- monografiya [Ischemic heart disease in general medical practice: diagnosis, treatment and prevention: monograph]. Kazan': KGMU [Kazan: KSMU]. 2011; 193 p.
3. Kornienko EA, O'notkinova OSch, Baranov AP, Goncharova EI, Ivanov DV. Sovremennyye vzglyady na etiopatogenez infarkta miokarda pri sakharnom diabete 2 tipa i metody lecheniya (obzor literatury) [Modern views on the etiopathogenesis of myocardial infarction in diabetes mellitus type 2 and methods of treatment (literature review)]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy: elektronnoye izdaniye [New Medical Technologies: Electronic edition]. 2015; 2: 3-8.
 4. Dedov II, Alexandrov AA. Problemy ostrogo infarkta miokarda u bol'nykh sakharnym diabedom: ekho Myunkhena [Problems of acute myocardial infarction in patients with diabetes mellitus: echo of Munich]. Kardiologiya [Cardiology]. 2008; 1: 4-10.
 5. Panova YeI, Kruglova NYe, Strongin LG, Kachenyuk OA. Osobennosti i prognosticheskaya znachimost' simpatoadrenalovoy aktivnosti u bol'nykh infarktom miokarda i sakharnym diabedom 2 tipa [Features and prognostic significance of sympathoadrenal activity in patients with myocardial infarction and diabetes mellitus type 2]. Klinicheskaya meditsina [Clinical medicine]. 2011; 2: 81-84.
 6. Stryuk RI, Dlusskiy IG. Adrenoreaktivnost' i serdechno-sosudistaya sistema [Adrenoreactivity and the cardiovascular system]. Moskva: Meditsina [Moscow: Medicine]. 2003; 160 p.
 7. Braunwald E, Isselbacher KG, Petersdorf RG et al. Vnutrenniye bolezni [Internal medicine]. Moskva: Meditsina [Moscow: Medicine]. 1995; 10 (5): 284 p.
 8. Vinogradov AV. Differentsial'nyy diagnoz vnutrennikh bolezney [Differential diagnosis of internal diseases]. Moskva: Meditsina [Moscow: Medicine]. 1987; 161, 162-163.
 9. Azarov AA, Yevtushenko SA, Tavluева YeV, Barbarash OL. Otdalennyye rezul'taty endovaskulyarnykh vmeshatel'stv u patsiyentov s ostrym infarktomyokarda v sochetanii s sakharnym diabedom 2 tipa [Long-term results of endovascular interventions in patients with acute myocardial infarction combined with diabetes mellitus type 2]. Kemerovo: Materialy vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Obliteriruyushchiye zabolevaniya sosudov: problemy i perspektivy» [Kemerovo: Materials of all-Russian scientific-practical conference «Obliterating diseases of vessels: problems and prospects»]. 2009; 20-21.
 10. Kuzheleva YeA, Okrugin SA, Parshin YeA, Garganeeva AA. Atipichnaya klinicheskaya kartina ostrogo infarkta miokarda kak prediktor otdalennoy letal'nosti (po dannym «Registra ostrogo infarkta miokarda») [Atypical clinical picture of acute myocardial infarction as a predictor of distant lethality (according to «The register of acute myocardial infarction»)]. Tomsk: Tezisy VIII Vserossiyskogo foruma «Voprosy neotlozhnoy kardiologii 2015» [Tomsk: Theses of the VIII all-Russian forum «Emergency cardiology issues 2015»]. 2015; 6.
 11. Nicolaeva LF, Aronov DM. Reabilitatsiya bol'nykh ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa [Rehabilitation of patients with coronary heart disease]. Moskva: Meditsina [Moscow: Medicine]. 2003; 160 p.
 12. Boqueria LA, Buziashvili Yul, Rabotnikov VS. Ostryy koronarnyy sindrom [Acute coronary syndrome]. Moskva: izdatel'stvo NTSSSKH imeni AN Bakuleva RAMN [Moscow: The AN Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery of Russian Academy of Medical Sciences]. 2004; 78-99.
 13. Petrosyan YuS, Ioseliani DG. O summarnoy otsenke sostoyaniya koronarnogo rusla u bol'nykh ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa [On cumulative assessment of coronary arteries in patients with coronary heart disease]. Kardiologiya [Cardiology]. 1976; 12,16, 41-46.

© Л.Ф. Сабиров, Р.Г. Фатыхов, Н.Б. Амиров, 2018

УДК 614.2-057.36:796.332.093.1(100)“2018”(470.41-25)

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).124-129

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОТРУДНИКОВ МВД РОССИИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ МАТЧЕЙ ЧЕМПИОНАТА МИРА ПО ФУТБОЛУ FIFA-2018 В ГОРОДЕ КАЗАНИ

САБИРОВ ЛЕНАР ФАРАХОВИЧ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132; доцент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, тел. 8(843)291-26-84, e-mail: hospital_kaz16@mvd.ru

ФАТЫХОВ РЕНАТ ГАБДУЛЛОВИЧ, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. 8(843)291-26-82, e-mail: rfatykhov5@mvd.ru

АМИРОВ НАИЛЬ БАГАУВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-0009-9103, SCOPUS Author ID: 7005357664; докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики № 1 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-терапевт терапевтического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕ, заслуженный врач РТ, лауреат Государственной премии РТ в области науки и техники, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: namirov@mail.ru

Реферат. В период с 15 мая по 18 июля 2018 г. Клинический госпиталь ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан» (дислокация в г. Казани) участвовал в оказании медицинской помощи сотрудникам Министерства внутренних дел России, которые обеспечивали безопасность в период проведения матчей Чемпионата мира по футболу в г. Казани. **Цель** – провести анализ и раскрыть ключевые показатели деятельности Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан» в условиях проведения крупных спортивных мероприятий. **Материал и методы.** Проанализирована работа по подготовке учреждения к оказанию