

лихорадки, резистентной к антибактериальной терапии; пароксизмальной одышки; прогрессирующей сердечной недостаточности, устойчивой к терапии; признаков хронического легочного сердца при отсутствии бронхолегочного анамнеза. Целью лечебных мероприятий у таких пациентов должна быть: нормализация или улучшение перфузии легких, предотвращение развития тяжелой легочной гипертензии. В терапии обязательны: пресорные амины и антикоагулянты, а для пациентов с ТЭЛА высокого риска показано проведение тромболитика независимо от их возраста.

Выводы. Клиническое течение ТЭЛА у пожилых пациентов имеет особенности, которые следует учитывать при диагностике: полиморфизм клинической картины, отсутствие типичной симптоматики, устойчивость к терапии из-за наличия фоновой патологии. Названные особенности могут быть причиной несвоевременной терапии и неблагоприятного исхода.

Остапенко Е.Н., Бордаков В.Н., Новикова Н.П.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кафедра скорой помощи и медицины катастроф, кафедра хирургических болезней. Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, УО «Белорусский государственный медицинский университет». Беларусь

Цель исследования. Провести анализ клинической картины и особенностей диагностики травматического инфаркта миокарда у пациентов с сочетанной и закрытой травмой грудной клетки.

Материал и методы. Проанализированы данные литературы и собственных наблюдений за пациентами с инфарктами миокарда на фоне сочетанной и закрытой травмы грудной клетки, доставляемых бригадами скорой медицинской помощи в БСМП г. Минска.

Диагностика травматических поражений сердца всегда сложна, особенно в случаях множественных и сочетанных повреждений, осложненных кардиогенным шоком. Клинические проявления травматического инфаркта миокарда маскируются симптомами повреждения костно-мышечных структур грудной клетки, клиникой острой кровопотери и шока. Ангинозные боли при этом могут отсутствовать или быть невыраженными. Возможность повреждения коронарных артерий после таких травм должна рассматриваться во всех случаях жалоб пациента на боль в грудной клетке. Чаще повреждаются передняя нисходящая и правая коронарные артерии. Трудности диагностики травматического инфаркта миокарда могут быть связаны с более медленным повреждением коронарных артерий - от 1 до 3 суток и более от момента травмы. Электрокардиографические признаки некроза миокарда и повышение уровня кардиоспецифических ферментов могут также развиваться значительно медленнее, чем при инфаркте миокарда атеросклеротического генеза. На электрокардиограмме выявляются изменения, характерные для инфаркта миокарда в остром периоде: патологический зубец Q, монофазный подъем сегмента ST и зубца T над изоэлектрической линией. Возможны различные нарушения сердечного ритма и проводимости. Течение травматического инфаркта миокарда в большинстве случаев тяжелое, нередко с картиной острой левожелудочковой недостаточности (сердечной астмы или отека легких).

У пожилых пациентов на фоне измененных коронарных артерий травматический инфаркт миокарда встречается чаще и сопровождается интенсивными загрудинными болями, возможны нарушения сердечного ритма и проводимости, а также картина кардиогенного шока.

Лечение пациентов с травматическим инфарктом миокарда должно быть направлено на ограничение зоны повреждения миокарда, назначение антитромбоцитарных препаратов и β -блокаторов. Проведение системного тромболитика ограничено. Наилучшие результаты получены при проведении баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий.

Выводы. Диагноз травматического инфаркта миокарда труден и требует тщательного анализа симптомов повреждения грудной клетки, проведения ЭКГ и лабораторного контроля в динамике, анализа данных эхокардиографии, выполнения коронарографии.

ми на множественные подкожные кровоизлияния, обильные менструальные кровотечения (меноррагия) и эпизоды носовых кровотечений. В рамках первичного обследования выполнены: сбор анамнеза, коагулограмма, определение активности факторов свёртывания крови (VIII и IX). С целью уточнения диагноза пациентка в сопровождении родственников обратилась в гематологический центр в Москве (Российская Федерация), где проведено молекулярно-генетическое исследование, а также консультации профильных специалистов — гематолога и медицинского генетика.

Результаты исследования. У пациентки выявлен значительно сниженный уровень фактора VIII (4%) при нормальном уровне фактора IX, что соответствует гемофилии А лёгкой степени. Генетическое тестирование выявило носительство мутации в гене F8. Наличие симптомов, характерных для гемофилии, и отсутствие аналогичной патологии у ближайших родственников мужского пола позволили рассматривать случай как манифестацию носительства с фенотипическим проявлением болезни. Назначена заместительная терапия концентратами фактора VIII, что позволило добиться контроля над геморрагическим синдромом.

Выводы. Женская гемофилия — редкое, но возможное клиническое состояние, которое может проявляться при носительстве мутации в гетерозиготном состоянии. Необходимо учитывать данную патологию у женщин с аномальными кровотечениями, особенно при наличии семейного анамнеза, и проводить своевременное генетическое и коагулологическое обследование для выбора адекватной терапии.



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**



**Г О У «Т А Д Ж И К С К И Й Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н Ы Й
М Е Д И Ц И Н С К И Й У Н И В Е Р С И Т Е Т
и м е н и А Б У А Л И И Б Н И С И Н О»**

ИЛМ ВА ТАҲСИЛОТ БАҲРИ СОЛИМИИ МИЛЛАТ

НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

**SCIENCE AND EDUCATION FOR THE
HEALTH OF THE NATION**

Материалы годичной (73-ой) научно-практической конференции
«Наука и образование для здоровья нации» с международным участием

ТОМ 1

**(хирургические,
терапевтические дисциплины и педиатрия)**

Душанбе

31.10.2025