

ОБРАЗОВАНИЕ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ



ПРЕЗЕНТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ В ФОРМАТЕ НАУЧНОГО ДОКЛАДА (МАСТЕР-КЛАСС)

ГАЛЕНКО Андрей Сергеевич

Доцент кафедры
факультетской терапии
им. профессора В.А. Вальдмана,
К.М.Н.

1. С чего начать?

ВЫБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ

От того, насколько удачным оказался выбор клинического случая для презентации, зависит общий успех всей дальнейшей работы.

Рекомендации по выбору клин. случая:

1. Демонстрация очень редкого, уникального заболевания;
2. Атипичное, необычное, течение известного заболевания;
3. Патологический процесс, сопровождаемый интенсивным диагностическим поиском;
4. Демонстрация эффективности новых, экспериментальных, нетрадиционных подходов к лечению.

Дополнительные рекомендации:

1. Завершенность случая;
2. Проведение максимально возможных диагностических/лечебных исследований/манипуляций;
3. Однозначность трактовки полученных данных, результатов лечения.

КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА II ТИПА



¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ,

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Галенко Андрей Сергеевич

к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии
им. профессора В.А. Вальдмана,

Соловьева Н.В., Корепин С.А., Охотникова К.Д.

Санкт-Петербург
2022

2. Что дальше?

Введение, в котором раскрывается цель, с которой мы хотим рассказать общественности о данном клиническом случае.

Удачное введение во многом определяет дальнейший интерес читателя/слушателя к представленному клиническому случаю.

Что следует отразить

во введении:

1. Актуальность проблемы;
2. Что уже было сделано/изучено и что еще предстоит сделать/изучить;
3. Чем представляемый нами клинический случай отличается от аналогичных;
4. С какой целью мы решили представить его широкой аудитории.

«Типичный пациент» с инфарктом миокарда 2 типа:

- пожилая женщина;
- имеющая достаточно длительный анамнез ИБС и уже перенесшая в прошлом инфаркт миокарда;
- с сопутствующей коморбидной патологией (анемия);
- предъявляющая жалобы на здоровье, не связанные с патологией системы кровообращения;
- нет жалоб на интенсивную ангинозную боль.

3. Структура изложения клинического случая:

1. Субъективное обследование:

- жалобы (максимально детализировать);
- анамнез заболевания (подробно);
- анамнез жизни (с указанием только актуальных фактов);

2. Физикальное обследование:

- указать на значимые отклонения от нормы, остальные параметры можно охарактеризовать очень кратко.

Пациент М., мужчина 33х лет

ЖАЛОБЫ: 21 марта 2022 г. в 19:40 во время физической нагрузки умеренной интенсивности (разминка перед тренировкой), внезапно отметил появление выраженной загрудинной боли давящего характера, с иррадиацией в левое плечо и нижнюю челюсть. После прекращения нагрузки интенсивность боли оставалась прежней, появился холодный пот, в связи с чем была вызвана "Скорая помощь" (СМП).

АНАМНЕЗ: наследственность не отягощена, ранее жалоб на здоровье не предъявлял, без вредных привычек, активно занимался спортом (футбол), каких-либо важных анамнестических особенностей выяснить не удалось.

ОБЪЕКТИВНО: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные, холодные на ощупь. Пульс ритмичный, ЧСС 80 ударов в минуту, АД 122 и 80 мм рт.ст. Шумы в сердце не выслушивались. Дыхание жесткое. Хрипы не выслушивались. Частота дыхания 16 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Дополнительные методы исследования:

Лабораторная диагностика:

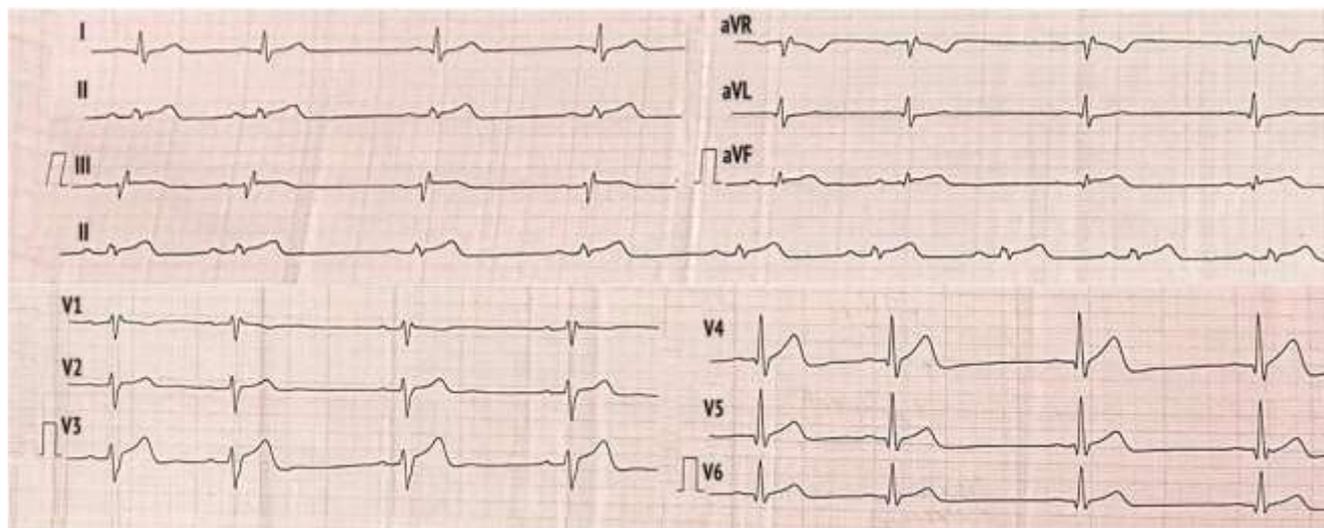
- отражать ТОЛЬКО значимые параметры;
- выделение в презентации динамику актуальных показателей;
- удобно воспринимаемый графически вариант отображения;
- наличие комментариев (особенно важно для статей).

методы исследования:

Инструментальная диагностика:

- полностью отображать ТОЛЬКО значимые исследования, либо имеющие какие-либо существенные отклонения от нормы;
- наглядное изображение результатов исследований с обязательными комментариями, облегчающими визуализацию (стрелки, надписи и т.д.);
- проведение максимально полноценного обследования в рамках рекомендаций по ведению того или иного заболевания.

Исходная ЭКГ (40 минут после начала ангинозного приступа), 19:40 21.03.2022 г.



Очаговые изменения, характерные для острой стадии ИМ с локализацией в области нижней стенки левого желудочка - подъем сегмента ST до 3 мм над изолинией и формирование патологического зубца Q в II, III и aVF, реципрокные изменения в отведениях I и aVL.

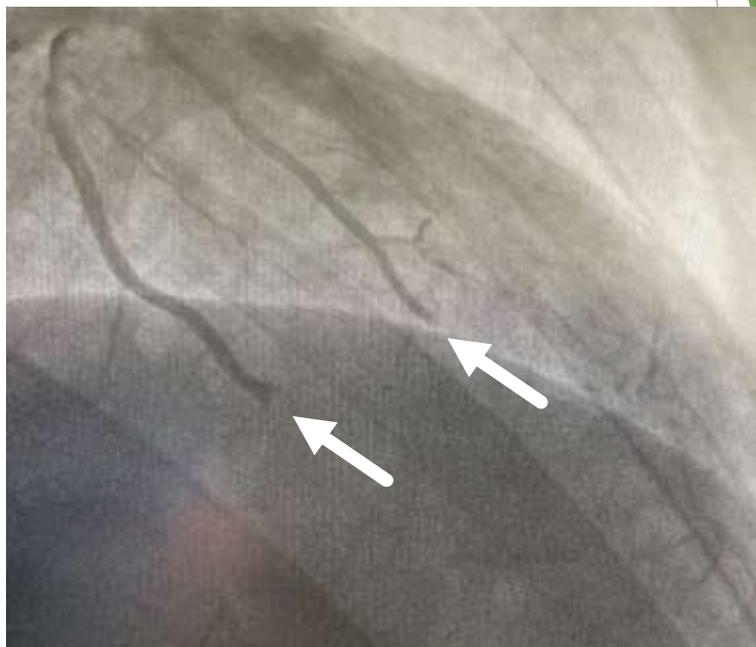
Лечебно-диагностическая тактика:

НАЗНАЧЕНО: клопидогрель 300 мг и ацетилсалициловая кислота 250 мг – перорально, внутривенно гепарин 5000 Ед и внутримышечно анальгин 50% 2,0 мл.

НАПРАВЛЕН: в срочном порядке в региональный сосудистый центр с диагнозом "Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST от 21 марта 2022 г."

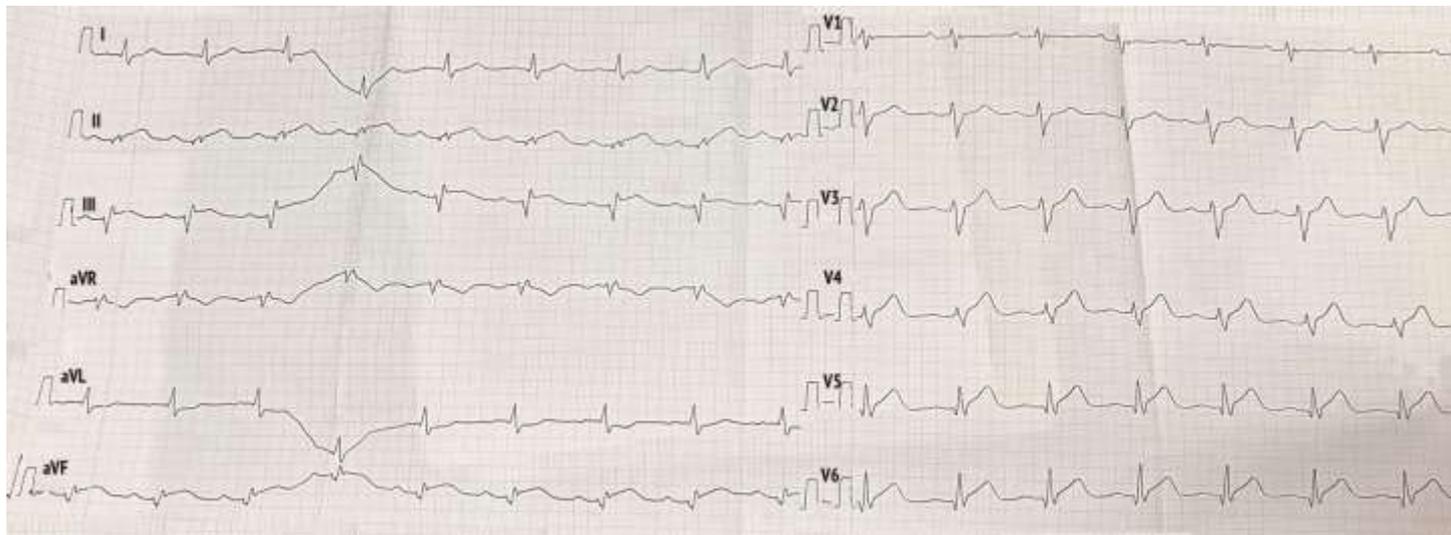
В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ: ЭКГ-картина без существенной динамики, уровень тропонина I значимо повышен (23 мкг/л), сохраняется загрудинная боль. Принято решение об экстренном проведении коронароангиографии.

Коронароангиография от 21.03.2022 г.:



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: тромботическая окклюзия передней нисходящей артерии в дистальном сегменте, огибающей артерии в дистальном сегменте и ветви тупого края (диаметр сосудов менее 2 мм). Ангиографических признаков атеросклеротического поражения коронарных сосудов не выявлено.

ЭКГ после тромболизиса 0:30 22.03.2022 г.



Принимая во внимание нестандартность ситуации и возможную эффективность от проведения тромболитической терапии было выполнено введение алтеплазы ("Актилизе") в стандартной терапевтической дозе 100 мг в течение 90 минут.

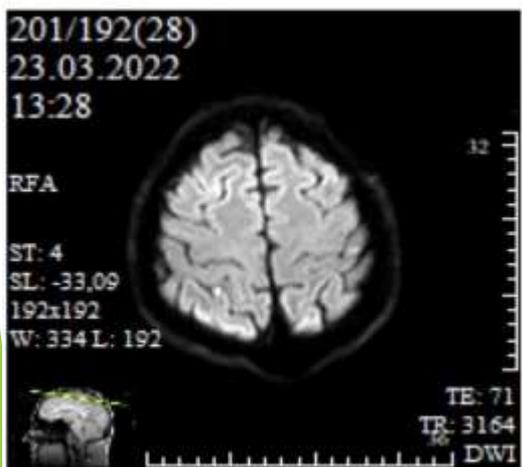
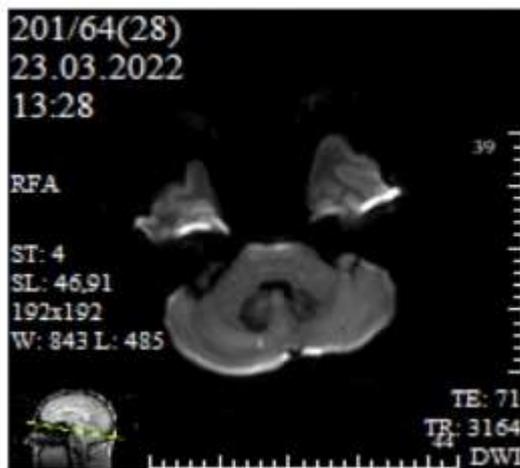
Процедура прошла без осложнений, однако, и выраженного положительного эффекта после введения тромболитика не отмечалось (сохранялся подъем ST на 1,5 мм). В послеоперационном периоде проводилось внутривенное введение гепарина под контролем показателей свертываемости крови.

Эхокардиография от 22.03.2022 г.



Выявлено гипер-изоэхогенное образование ЛП 3,3 x 1,5 см, флотирующее в полости и прикрепленное широким основанием к МПП. Кроме того, отмечались нарушения локальной и глобальной сократимости ЛЖ: глобальная сократимость ЛЖ резко снижена, ФВ 49%; гипокинезия задней стенки, верхушки, срединного сегмента боковой стенки.

MPT головного мозга от 23.03.2022 г.



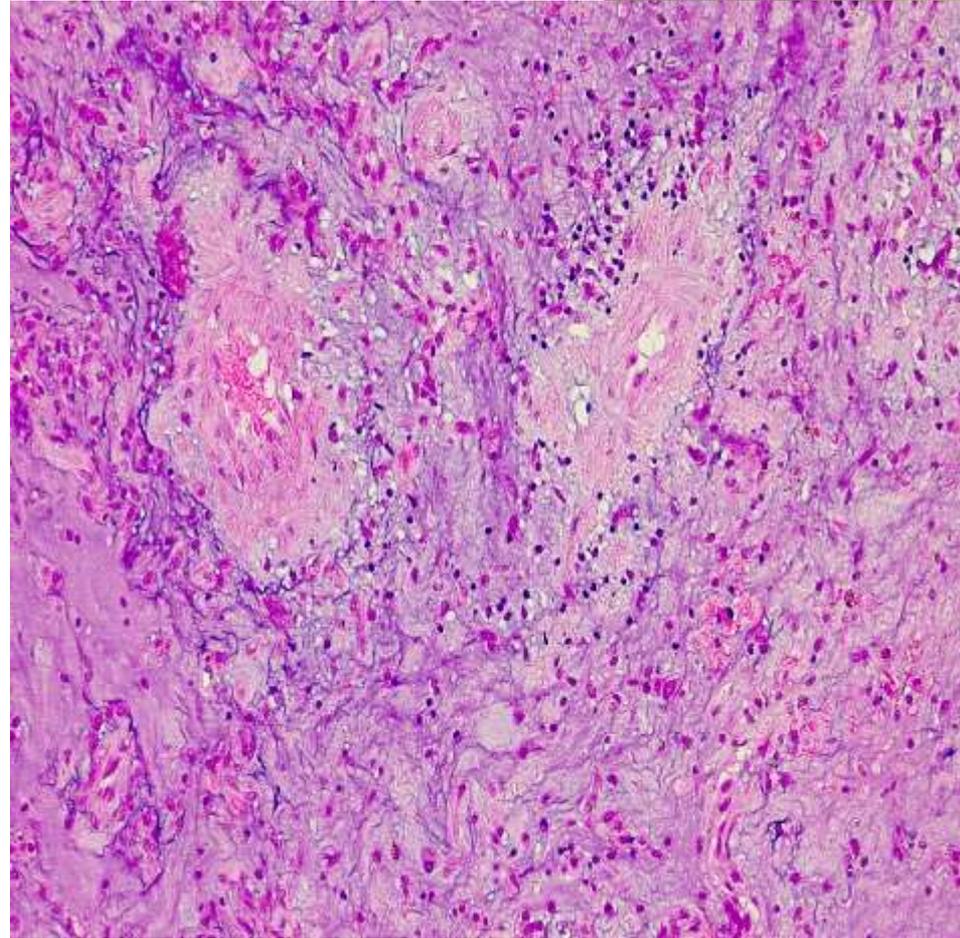
Выявлены множественные диссеминированные ишемические очаги в вертебро-базиллярном бассейне и в области височных долей.

Выраженных неврологических нарушений при объективном обследовании не выявлено.

Морфологическая картина образования:

В препарате представлены вытянутые, полигональные клетки с эозинофильной цитоплазмой и умеренно гиперхромным овальным ядром, окруженные обильной бесструктурной рыхлой стромой со скудной лимфоцитарной инфильтрацией, очагами кровоизлияний, малочисленными отложениями гемосидерина.

На большем протяжении опухолевые клетки формируют рудиментарные сосуды, выстланные несколькими слоями миксомных клеток. В области ножки опухоли имеются толстостенные полнокровные сосуды.



Лечение заболевания:

1. Полное указание всего объема терапии за период наблюдения с указанием дозировок, режима введения препарата и т.д.;
2. Графическое изображение терапии (при возможности) при устном докладе;
3. Отображение динамики состояния пациента на фоне проводимого лечения;
4. Обязательные комментарии при использовании новых, экспериментальных, нетрадиционных подходов к лечению.

Краткий эпикриз:

1. Указание окончательного диагноза, исхода госпитального (амбулаторного) этапа лечения/наблюдения;
2. При возможности – сообщение о наблюдении за пациентом в динамике (3, 6, 12 и т.д. месяцев) с данными наиболее актуальных для конкретного случая лабораторно-инструментальных методов исследования (биохимические показатели, ЭКГ, КТ-картина в динамике и т.д.).

Исход заболевания:

Послеоперационный период протекал без осложнений, при контрольной эхокардиографии от 11 апреля 2022 г. обнаружена нормализация глобальной сократимости ЛЖ, улучшилась сократимость задней стенки и верхушки ЛЖ.

12 апреля 2022 г. пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, для проведения реабилитационных мероприятий, рекомендовано продолжать прием антиагрегантов (кардиологические формы ацетилсалициловой кислоты) и бета-адреноблокаторов.

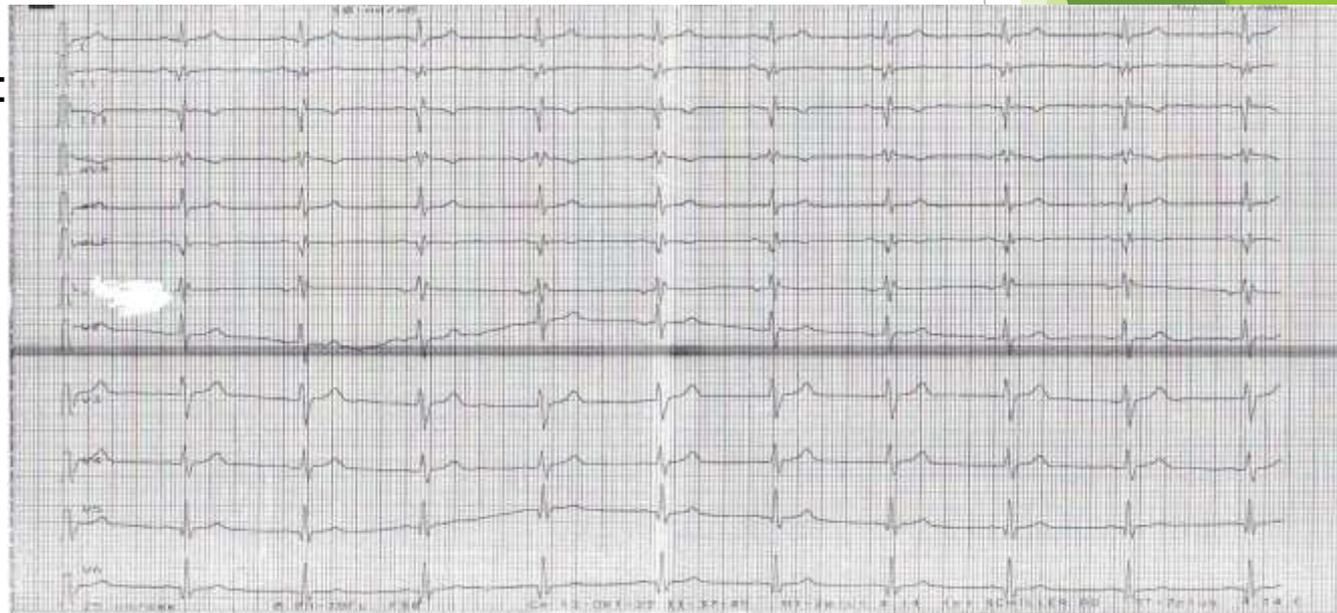
Контрольный осмотр 12.10.2022 г.:

Жалоб активно не предъявляет, состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Продолжает прием метопролола-тартрата (эгилок) 50+25 мг; АСК+клопидогрель (ко-плавикс) 100/75 мг в сутки однократно.

По органам и системам – без особенностей. Пульс ритмичный, 72 в мин. АД 120 и 80 мм рт. ст. на обеих руках.

В динамике на контрольной ЭхоКГ от 25.05.2022 отмечается положительная динамика в виде улучшения кинетики миокарда в виде возрастания ФВ до 61% (Simpson).

ЭКГ от 12.10.2022 г.:



4. Чем закончить?

В кратком резюме (выводах) мы подводим логический итог данному клиническому случаю и еще раз подчеркиваем цель, с которой проводилась презентация.

Выводы подводят логический итог нашей работе и очерчивают еще не исследованные моменты, задавая новые ориентиры для последующих работ.

Выводы:

- ИМ 2 типа представляют собой крайне разнородное с точки зрения этиопатогенеза заболевание, хотя и обладающее некоторыми относительно специфическими клиническими особенностями;
- Этиопатогенетическое разнообразие, а также особенности клинического течения (полиморбидность, маскирование симптомов ишемического повреждения миокарда проявлениями фоновых заболеваний и др.) крайне затрудняют диагностику ИМ 2 типа, приводя к существенной гиподиагностике заболевания;
- Используемые в настоящее время стандарты и рекомендации по лечению пациентов с ИМ нельзя полностью экстраполировать на лечение пациентов ИМ 2 типа, учитывая разнородность патогенетических механизмы его развития; специфические рекомендации, посвященные лечению именно ИМ 2 типа на данный момент не разработаны;

Необходимо дальнейшее изучение феномена ИМ 2 типа, исследование влияния лечения на течение и прогноз заболевания, совершенствование диагностических критериев данного типа инфаркта миокарда.