

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНОЙ С ГИГАНТСКОЙ МИОМОЙ МАТКИ.

*Лясковец Е.Ю.,
Недорезова Н.С.,
Касаткина Н.С.,
Мещеряков В.В.*

*АКБ ФГБУЗ ЮО МЦ ФМБА России,
г. Астрахань*

Исследования последних лет установили, что артериальная гипертензия нередко сопутствует миоме матки (Кулаков В.И., Сметник В.П., 2001; Омарова М.Р., 2001). При этом гормональные изменения, вызывающие появление и рост миомы, могут оказывать непосредственное влияние и на регуляцию артериального давления (Мартынов А.И., Кулаков В.И., Сметник В.П. и др., 2000, Омарова М.Р., Цацанашвили С.Г., 2003). Больные с миомой матки больших размеров имеют особенности суточного профиля артериального давления: более высокие значения среднего и максимального систолического, диастолического и пульсового артериального давления, индексов систолической и диастолической гипертензии, а также недостаточное снижение систолического и диастолического артериального давления в ночное время. Увеличение размеров миомы матки коррелирует с частотой желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма сердца, а также с ухудшением показателей вариабельности ритма сердца, сигнал-усредненной ЭКГ желудочкового комплексов и дисперсии реполяризации желудочков.

Пациентка С., 56 лет, поступила в кардиологическое отделение Астраханской клинической больницы на плановую госпитализацию в связи с нарушениями сердечного ритма и артериальной гипертонией 3 степени, резистентной к проводимой антигипертензивную терапии. При поступлении предъявляла жалобы на мучительные перебои в работе сердца, ноющие длительные боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой, повышение АД до 180-200/120 мм рт ст. Из анамнеза известно, что больная страдает артериальной гипертонией в течение 5 лет, адаптирована к АД 130/80 мм рт ст, приверженность к лечению высокая: на момент обращения принимала амлодипин, диротон, индапамид, метопролол, моксонидин. Однако, несмотря на проводимую амбулаторно комплексную антигипертензивную терапию, сохранялась 2-3 степень АГ.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. ИМТ составляет 38,2 кг/м² (ожирение 2 степени), объем талии 118 см. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм синусовый, прерывается частыми экстрасистолами (до 10 в мин). ЧСС 86 в мин. АД dex 175/90 мм рт ст АД sin 180/90 мм рт ст

. Живот мягкий, безболезненный, значительно увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Печень не пальпируется, перкуторно не увеличена. Небольшая пастозность голени.

Проведено обследование пациентки: ЭКГ: Синусовый ритм, Наджелудочковая экстрасистолия. Желудочковая экстрасистолия (при мониторинге ЭКГ в течение 1 мин зарегистрировано 11 желудочковых экстрасистол). Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Диффузное нарушение процесса реполяризации. Гипертрофия левого желудочка. Суточное мониторирование ЭКГ - желудочковая экстрасистолия высоких градаций по Рауп в патологическом количестве (13 678 тыс. ЭКС в сутки).

ЭХО-КС - ФВ 62% Камеры сердца не расширены. Гипертрофия левого желудочка. Уплотнение створок митрального клапана. Митральная регургитация 0 - I ст. Экстрасистолия.

УЗИ органов брюшной полости - эхо-признаки стеатогепатоза, эхо-признаки хронического панкреатита, микрокалькулез.

При проведении УЗИ органов брюшной полости врач отделения УЗ - диагностики обратил внимание на объемное образование с неровными, четкими контурами, неоднородной узловой эхоструктуры, которое прослеживалось от эпигастрия до малого таза и, предположительно, имело связь с телом матки. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена. Дополнительно было проведено УЗ- исследование матки и придатков, во время которого определено, что по задней стенке матки визуализируется неоднородный интерстициально-субсерозный узел размерами 313x129 мм, достигающий эпигастральной области (узел полностью не входил в УЗ-окно ввиду больших размеров). Правый яичник и левый яичник достоверно не визуализировались.

Лабораторно выявлен эритроцитоз (Гемоглобин - 191 г/л, Эритроциты - $6.79 \times 10^{12}/L$, СОЭ - 4 мм/ч, Тромбоциты - $221,0 \times 10^9/L$, Лейкоциты - $6.3 \times 10^9/L$, Палочкоядерные (абс) - 4%, Сегментоядерные (абс) - 60%, Эозинофилы (абс) - 4%, Лимфоциты (абс.) - 32%). Обследована гематологом, подтвержден вторичный эритроцитоз. Консультирована гинекологом, диагностирована миома матки гигантских размеров, рекомендовано оперативное лечение.

На фоне проведенной гипотензивной и антиаритмической терапии (моксонидин,

сотагексал, лизиноприл, амлодипин) достигнута I степень АГ, уредилась желудочковая экстрасистолия .

С диагнозом дисгормональная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия высоких градаций. Вторичная артериальная гипертония. Степень 1 (исход 3 степени) . Миома матки гигантских размеров . Вторичный эритроцитоз пациентка была переведена в гинекологическое отделение, где произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками . Операция , наркоз и послеоперационный период прошли без осложнений. Гистологически определена лей-фибромиома .

В послеоперационном периоде больная наблюдалась совместно кардиологом и гинекологом . Достигнута и сохранялась нормотензия, купирована желудочковая экстрасистолия (что подтверждено проведенным суточным мониторингом АД и ЭКГ), нормализовались показатели красной крови (гемоглобин - 145 г/л , Эр - 4.05 x 10¹²/L). Пациентка выписана под наблюдение кардиолога,

гематолога и гинеколога по месту жительства в удовлетворительном состоянии .

Вывод:

Таким образом, проведение оперативного лечения больным с гигантской миомой матки приводит к улучшению показателей суточного мониторинга АД и ЭКГ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ :

1. Руководство по эндокринной гинекологии под редакцией Е.М. Вихляевой . ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 г
2. Татарчук Т.Ф. Сокольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки).
3. Вестник аритмологии № 31 от 15.04.2003 г стр. 60-71 «идиопатические желудочковые нарушения ритма» (анализ проблемы) . Пармон Е.В. Трешкур Т.В. Шляхто Е.В.
4. «Вторичные кардиомиопатии дисгормонального генеза : особенности патогенеза, диагностики, клиники , лечения» Мкртчян В.Ф. Москва 2008 г . Автореферат.

О НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Токарева Наталья Геннадьевна

Канд. мед. наук,

доцент кафедры нервных болезней и психиатрии

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»,

Медицинский институт, г.Саранск

Железнова Елена Валерьевна

Д-р мед.наук,

ведущий научный сотрудник клиники

экзогенно-органических расстройств и эпилепсии , г.Москва

Московский НИИ психиатрии –

филиал «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.64.224](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.64.224)

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ реабилитационных мероприятий при эпилепсии. Изучены факторы, участвующие в формировании нейропсихологической реабилитации. Рассмотрены взаимодействие и взаимовлияние нейропсихологической реабилитации и восстановление высших психических функций. Данные характеристики представляют интерес для врачей, клинических психологов и других специалистов, участвующих в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий больным эпилепсией.

ABSTRACT

The analysis of rehabilitation measures for epilepsy was carried out. The factors involved in the formation of neuropsychological rehabilitation were studied. The interaction and interaction of neuropsychological rehabilitation and restoration of higher mental functions are considered. These characteristics are of interest to physicians, clinical psychologists and other specialists involved in conducting therapeutic and rehabilitation measures for patients with epilepsy.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация, личность, эпилепсия.

Keywords: neuropsychological rehabilitation, personality, epilepsy.

Реабилитация - это особая технология, состоящая из техник и форм организации воздействия, направленных на восстановление личного и социального статуса пациента. Методы реабилитации подбираются строго индивидуально и зависят от ряда факторов: болезни человека, тяжести этой болезни, с одной стороны, и характера больного, его окружения, его мотивы, цели - с другой. Необходимо использовать такие технологии и техники, содержание которых

опосредовано личностью пациента. Реабилитация может дать результат только при комплексном интегративном воздействии, в первую очередь, на человека с тем или иным дефектом в целом, а затем только на сам дефект. Комплексное взаимодействие включает медицинские, психологические и социальные аспекты реабилитации, целью которой является преодоление заболевания и восстановление личностного и социального статуса пациента, а