

Секция 9, Медицинские науки

**Альмухамбетова Рауза Кадыровна**

*К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии №3 Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Панченко Антонина Игоревна**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Дуйсенбаева Айгерим Канаткызы**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Гусейнова Гульдана Шамсудиновна**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

## **СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

Внезапные нарушения сознания могут быть проявлениями различной церебральной и соматической патологии и представляют собой одну из важнейших проблем клинической медицины [1,с.92-96; 2,с.6-18; 3,с.27–30; 4,с.107-110.].

**Целью** нашего исследования явился анализ истории болезни больного Д., 47 лет, у которого развился синкопе.

**Материалы и методы.** Больной Д., 47 лет, поступил в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) с диагнозом: острый коронарный синдром.

**Результаты и обсуждения.** Жалобы при поступлении на давящие, сжимающие боли в области сердца, с иррадиацией в подлопаточную

область, продолжительностью более 10-15 минут, одышка при малейшей физической нагрузке, приступы потери сознания (2-3 раза в месяц). Из анамнеза: страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией в течение 2-х лет, максимальное повышение АД 145/80 мм.ст.рт., адаптированное 120/80 мм.рт.ст. Ухудшение состояния в течение 3-х дней. Доставлен бригадой скорой помощи в ГКЦ. Сахарный диабет (СД) 2 типа в течение 10 лет. Наследственность не отягощена.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – в 3-м межреберье, левая – на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/80 мм.рт.ст, ЧСС 78 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

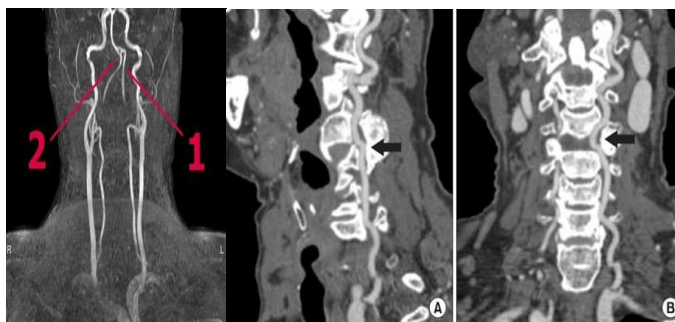
Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: ОАК, ОАМ в пределах нормы; биохимический анализ крови: гипопропротеинемия, гипергликемия, гипокальциемия, гиперхолестеринемия; Коагулограмма: гиперкоагуляция, гиперфибриногенемия. Кардиомаркеры: тропонин I - 0,003 ng/mL. (Норма 0,04 ng/mL). На ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 71 в мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Ишемия по задне-диафрагмальной стенке. Рентгенограмма органов грудной клетки: гемодинамика малого круга кровообращения – не нарушена. Тень сердца не увеличена. Аорта – плотная. ЭхоКГ: Аорта, аортальные клапаны-уплотнены. Полости сердца не расширены. Умеренная гипертрофия межжелудочковой перегородки. Зон гипокинеза не выявлено. Сократительная функция левого и правого желудочков в норме. Диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу.

Осмотр невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия , смешанного генеза. МРТ шейного отдела позвоночника: остеохондроз шейного отдела позвоночника. Грыжи С3-4, С4-5, С5-6, С6-7 дисков.

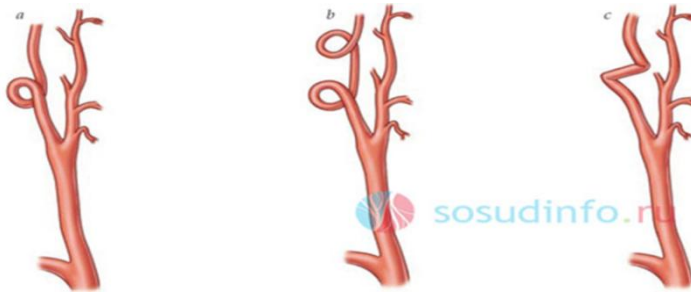
УЗДГ сонных артерий: волнообразный изгиб позвоночных артерий в V<sub>2</sub> сегменте без нарушения градиента скорости.

В результате комплексного обследования был выставлен окончательный клинический диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия по Браунвальду III В класс. ХСН ФКЗ (NYHA). Артериальная гипертензия 1 степени, ФР4. Дисциркуляторная энцефалопатия, смешанного генеза. Синдром позвоночной артерии с эпизодами синкопе.

*Позвоночные артерии (ПА)* - располагаются внутри позвоночного столба. В большинстве случаев патологическая извитость позвоночных артерий является наследственной аномалией, к которой больной постепенно приспосабливается. Проблемы возникают, когда в месте изгиба формируются атеросклеротические бляшки. С течением времени сосудистые изгибы усиливаются и могут оказаться перегибами, что неизбежно ведет в будущем к нарушениям в кровотоке.



На артерии могут образоваться петли. В этом случае не возникает резкий перегиб, но сила тока крови на этом участке замедляется, в некоторых случаях значительно, причем симптоматика развивается внезапно и непредсказуема.



В некоторых случаях при длительной артериальной гипертензии и склерозировании сосудов развивается S-образный изгиб артерии. При этой патологии развивается нарушение мозгового кровообращения (НМК) с развитием вертебробазилярных симптомов: тошнота, рвота, чувство неустойчивости, шумы в ушах, головные боли и синкопальные состояния. В основе диагностики исследование с помощью ультразвуковой диагностики и эхосканирования. На более поздних стадиях - рентгеноконтрастная ангиография.

*Диагностика:* ангиография сосудов мозга и шеи на МРТ дадут понятие об общем состоянии магистральных сосудов головы; ультразвуковая доплерография дает возможность получить данные о проходимости, скорости и направлении потоков крови в позвоночных артериях; дуплексное сканирование визуализирует стенки артерий, характер и структуру стеноза, ее состояние. Допплерография важна также при определении резерва гемодинамики мозга при установлении показаний к оперативному вмешательству; контрастная ангиография – важна для решения вопроса о возможности хирургической коррекции ПА.

**Таким образом,** представленный клинический случай является свидетельством поражения позвоночной артерии, в результате у больного наблюдались эпизоды синкопэ. Детальное неврологическое обследование позволило поставить правильный диагноз. Данный клинический случай можно использовать в учебном процессе при дифференциальной диагностике синкопэ.

### **Литература:**

1. Гуков А.О., Жданов А.М. Проблемы диагностики и лечения больных с неврокардиогенными синкопальными состояниями //Кардиология, 2000. — №2. — С. 92-96.
2. Голухова Е.З. Неинвазивная аритмология. М., 2002. 48 с.
3. Носкова Т.Ю. Алгоритм дифференциальной диагностики синкопальных состояний // Атмосфера. Нервные болезни. 2007. № 4. С. 27–30.
4. Сметнев А.С., Шевченко Н.М., Гросу А.А. Синкопальные состояния //Кардиология. — 2008. — №2. — С. 107-110.