

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

З.Т. ТАШИМБЕТОВА

«Асмед» медицина орталығы, Алматы қ.

ГЕРИАТРИЯЛЫҚ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВТІ ЕМІ

Мақалада антигипертензивтік емді науқастың жеке бас ерекшеліктерін ескере отырып тағайындаған дұрыс деп айтылған. Өйткені, ем тағайындаған кезде егде жастағы науқастардың ағзасының құрлымдық-қызметтік ерекшеліктерін, нысана ағзаларының зақымдалуы және қосарланған ауруларды ескеру қажет. Сонда ғана науқастың өмір сүру сапасын жақсартып, аурудың болжамын өзгертуге болады.

Негізгі сөздер: артериялық гипертензия, гипотензивтік терапия, жеке күтім.

SUMMARY

Z.T. TASHIMBETOVA

«Asmed» Medical center, Almaty c.

ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN GERIATRIC
PATIENTS

In the article, the author notes that only an individual approach to the treatment of elderly patients with arterial hypertension which takes into account the structural and functional changes of the body, hitting the target organs, concomitant diseases, may improve prognosis and quality of life of elderly patients.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive therapy, personal care.

РЕВМАТОЛОГИЯ

УДК 616.132.002-053,2

Г.Г. КУТТЫКУЖАНОВА¹, А.М. ЛУЗИН², А.О. СЕДОВ², Г.С. ЖУЗЕНОВА²,А.Д. ИМАНМЫРЗАЕВА¹, А.Ш. ЕРМАГАНБЕТОВА¹¹Казахский национальный медицинский университет, ²Детская инфекционная клиническая больница, г. Алматы

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ

Описан случай неспецифического аортоартериита впервые в раннем детском возрасте (3,5 мес). Была поражена ладонная дуга правой кисти и задней большой артерий левой ноги по 1 типу. Смерть наступила из-за расслаивающей аневризмы дуги аорты, осложнившейся тампонадой полости сердца.

Ключевые слова: неспецифический аортоартериит, артериит дуги аорты, ребенок

Неспецифический аортоартериит (синоним: артериит молодых женщин, синдром Такаясу, первичный артериит дуги аорты) – хроническое гранулематозное воспаление аорты и ее основных ветвей с развитием их окклюзии и отсутствием пульса на одной или обеих руках и вторичной ишемией органов и тканей. Болезнь невыясненной этиологии. Впервые описал заболевание Такаясу в 1908 году. Самый молодой больной, встретившийся в литературных источниках, был ребенок 7 месяцев [1]. Заболеваемость составляет от 1,2 до 6,3 случая на 1000 000 населения в год [2].

Более всего патологический процесс выражен в дуге аорты и отходящих от нее сосудах, тем не менее он имеет системный характер, охватывающий нисходящую часть аорты и отходящие от нее крупные артерии. Различают 4 анатомических типа болезни [3]. Клиническая картина варьирует в зависимости от локализации и распространения патологического процесса. У лиц моложе 30 лет болезнь может начаться с общих проявлений в виде лихорадки, артралгий, похудения, слабости, сонливости (в связи с ишемией головного мозга) [4].

Диагностика основана как на клинических, так и инструментальных методах исследования.

Учитывая редкость данного заболевания, а также нетипичность для детей младшего возраста, приводим свое наблюдение.

Ребенок Т., 3,5 мес. находился на лечении в ДИКБ г. Алматы (гл.врач Е.К. Алиби).

Из анамнеза известно, что маме 29 лет, без вредных привычек. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания и токсикоза в первой половине, отеков в последнем триместре. Роды путем кесарева сечения из-за высокой степени миопии у

матери. Ребенок с массой тела 4200,0 г, рост 52 см, с кефалогематомой. Получил полагающиеся прививки. Находится на грудном вскармливании.

Впервые заболел 04.08.12 г. Начало заболевания с повышения температуры тела до фебрильных цифр, вялости, неохотно брал грудь матери, жидкий стул до 4–5 раз в сутки без патологических примесей, рвота, временами беспокойство. Поступил в стационар 07.08.12 г. в среднетяжелом состоянии. В клинической картине симптомы интоксикации, катаральные проявления, по органам изменений не было. Из лаб. данных: общий анализ крови – эр. 3,52 млн. Нв – 95 г/л, тромб. – 642 тыс., лейкоцитов – 21800, нейтр. – 69%, лимф. – 22%, СОЭ – 25 мм в час. ОАМ от 08.08.12 г. Уд.вес 1005, Рн-7. Выписан 13.08.12 г. с улучшением. Диагноз: Энтеровирусная инфекция, смешанная форма: герпетическая ангина + желудочно-кишечная форма. Через час после приезда домой (время послеобеденное) родители отметили, что появилась синюшная окраска правой кисти и левой стопы, на ощупь они были холодные. Не придали значения этому факту и остались дома. Ночью поднялась температура до 37,5 градуса, изменения со стороны конечностей сохранялись, после чего обратились вновь за помощью в инфекционный стационар.

14.08.12 г. По тяжести состояния был госпитализирован повторно в отделение интенсивной терапии ДГКИБ. Вес 8320,0 г. Т – 38,2°, Пульс 162 уд. в 1 минуту, частота дыхания – 48 в 1 мин., АД – 90/50 мм рт. ст. В сознании. Периодически беспокоен, раздражителен. Кожные покровы чистые, окраска на правой кисти и левой стопе цианотичная, эти же участки конечностей холодные на ощупь, пастозные. Орбитальный и пероральный цианоз. Зрачки D = S. Менингеальных симптомов нет. Отмечается умеренная одышка в покое, смешанного

характера. В легких перкуторно по всем полям легочной звук с коробочным оттенком, аускультативно жесткое дыхание, проводные хрипы. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. Пульс на периферии слабого наполнения и напряжения. Печень пальпировалась ниже реберного края на +5,0 +5,0 +4,5 см, плотно-эластической консистенции, селезенка – нижняя граница пальпировалась у края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови – эр. 3,3 млн. (позже 2,9), Нв – 87 г/л (позже 75), Нт – 0,31, цв.показ. – 0,79, тромб. – 353 тыс., лейкоцитов – 37200, сегм.яд. – 66-75%, мон. – 5%, СОЭ – 55 мм в час.

2. ОАМ – уд.вес 1010, белок – следы, пл.эп. – 2-3, лейкоциты – 5-7, эритроциты – 1-2.

3. Биохимический анализ крови: электролиты в норме, глюкоза – 6,2 ммоль/л, общий билирубин – 11,3 ммоль/л, АлАт – 0,8 ммоль/л, АсАт – 0,6 ммоль/л, тимоловая проба – 4,0 ед., мочевины – 5,0 ммоль/л, креатинин – 85 ммоль/л, лента Вельтмана – 6 пробирка, СРБ – отр., LE-клетки – 3:1000, общий белок – 44,5 г/л, альбуминов – 38,5%, альфа 1 – 16,6%, альфа 2 – 22,2%, бета 1 – 17,9%, бета 2 – 4,8%, гамма-глобулины – 13%. Протромбиновый индекс – 72%, фибриноген – 5,7 г/л, фибриноген Б – (++), время рекальцификации плазмы – 80 сек., тромботест – VI, этаноловый тест – (+), толерантность плазмы к гепарину – 9 минут, время свертывания по Ли-Уайту – 2 мин. 30 сек.

4. Рентгенография ОГК: картина, соответствующая бронхиту.

5. Ультрасонография: окклюзия артерии ладонных дуг правой верхней конечности, окклюзия ПББА, ЗББА левой нижней конечности, острая ишемия левой стопы.

6. Эхокардиография: признаки кардита, экссудативного перикардита.

7. Нейросонография: расширение затылочных рогов боковых и III желудочков. Повышение резистентности сосудов головного мозга.

20.08.12 г. на 7-й день госпитализации, в 19 час., на фоне полного сознания, адекватного дыхания ребенок вскрикнул, появился резкий цианоз верхней части туловища, шеи, головы, на кардиомониторе снижение сердечной деятельности до асистолии. Сразу же начаты реанимационные мероприятия: ИВЛ 100% O₂, прямой массаж сердца, внутривенно: 0,1% атропин 0,1+0,1% адреналин 0,1+4%, сода 10,0 мл+10% Са глюконат 5,0 с повторным введением каждые 5 минуты, на фоне реанимационных мероприятий произведена прямая ларингоскопия. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут – без эффекта.

19 ч. 30 м. констатирована биологическая смерть.

Патологоанатомический диагноз: Неспецифический аортоартериит (первичный артериит дуги аорты): продуктивно-некротический аортит I типа с поражением дуги аорты и отходящих от нее артерий. Расслаивающаяся аневризма дуги аорты, тампонада полости сердечной сорочки. Гистологическая картина изменений была

следующей: продуктивно-некротический васкулит в vasa vasorum и сосудах адвентиции аорты. Наиболее тяжелые изменения отмечались в медию за счет массивных участков деструкции.

Вывод

Основная патология была связана с поражением дуги аорты и отходящих от нее артерий, гангренозные изменения в нижней конечности можно объяснить тромбозом болей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Успенская Е.В., Лыскина Г.А. Клиника, течение и лечение неспецифического аортоартериита у детей // Вестник аритмологии. – 2000. – №18. – С. 52-54

2 Сементова Е.Н. Системные васкулиты. – М.: Медицина, 1988. – С. 24-26

3 Покровский А.В., Кунцевич Г.И., Зотиков А.Е. и др. Структурно-функциональные изменения стенки артерии и клинические проявления неспецифического аортоартериита // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 7-16

4 Мазуров В.И. Клиническая ревматология. – М.: Медицина, 2005. – С. 7-8

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ғ.Ғ. ҚҰТТЫҚОЖАНОВА¹, А.М. ЛУЗИН²,

А.О. СЕДОВ², Г.С. ЖҮЗЕНОВА²,

А.Д. ИМАНМЫРЗАЕВА¹, А.Ш. ЕРМАҒАНБЕТОВА¹

¹Қазақ ұлттық медицина университеті,

²Балалар жұқпалы клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ӨЗГЕШЕ ЕМЕС АОРТОАРТЕРИИТ

Өзгеше емес аортоартериит сирек кездеседі (1 000 000 ішінде 1,2 – 6,3 болуы мүмкін), ерте жастағы балада (3,5 ай) бірінші рет аурудың жағдайы келтірілген. Ауру оң жақ қолдың алақан доғасының, сол жақ аяқтың артқы үлкен сан артериясының бітелуімен (окклюзиясымен) I түр (тип) бойынша өткен. Қолқа доғасының аневризмнің қабаттануының нәтижесінде жүрек қабы қуысының тығындалуына байланысты өлім-жітіммен аяқталған.

Негізгі сөздер: спецификалық емес аортоартериит, қолқа доғасының артерииті, бала.

S U M M A R Y

G.G. KUTTYKUZHANOVA¹, A.M. LUZIN²,

A.O. SEDOV², G.S. ZHUZENOVA²,

A.D. IMANMYRZAIEVA¹, A.Sh. ERMAGANBETOVA¹

¹Kazakh national medical university,

²Pediatric infection clinic hospital, Almaty c.

UNSPECIFIC AORTOARTERITIS

Unspecific aortoarteritis is met seldom. (1,2 – 6,3 out of 1 000 000), is mentioned a situation of the illness for the first time of a child in an early age (3,5 months). The illness was I type with occlusion of the anterior large femoral artery, the back of a large femoral artery, the left lower limb. It finished with fatal case due to cardiac tamponade of pericardium chamber as a result of dissecting aneurysm of the aortic arch.

Key words: heterospecific aortoarteritis, aortic arch syndrome, a child.