

запно, но бывает прединфарктный период и для него характерно постепенное усиление боли, осложняется гипотонией с картиной кардиогенного шока. Частые различного рода аритмии.

При аневризме при аускультации – систолический шум на основании сердца (хорошо слышен на спине вдоль позвоночного столба), диастолический шум (15% – АН – расширение фиброзного кольца аортального клапана). Гипотония не характерна, аритмии редки. На ЭКГ – 1/3 норма или признаки коронарной недостаточности, признаки очаговых изменений. Стойкое сохранение этих признаков на повторно снятых ЭКГ.

При аневризме нарастающая анемия, для инфаркта миокарда не характерна, тогда как лейкоцитоз может иметь место и при аневризме, и при инфаркте миокарда.

Рентгенологически при аневризме – двухконтурная тень аорты – патогномичный признак (обнаруживаются у 2-х из 55 больных с инфарктоподобной формой), на фасных (боковых обзорных снимках области живота) – признаки аневризмы в виде «яичной скорлупы» (кальциноз стенок аорты)

ЭхоКГ – двойной контур аорты.

Признаки аневризмы становятся очевидными обычно на 2 – 7 день болезни (Виноградов А.В., 2000).

В данном случае больной страдал атеросклерозом, ИБС, АГ, болезнью Бехтерева, имел факторы риска неблагоприятного течения аневризмы: мужской пол, возраст 82 года, курил, страдал хроническим бронхитом.

В то же время в клинической картине отсутствовал болевой синдром с характерной локализацией и иррадиацией. Кратковременное пребывание больного и тяжесть состояния больного не позволили провести рентгенологическое и ультразвуковое обследования.

Имеется нехарактерная гипотония, в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, подтвержденный ЭКГ.

Все вышеперечисленное привело к гипердиагностике инфаркта миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Кардиология. Руководство для врачей / под ред. акад. РАМН Р.Г. Оганова, проф. И.Г. Фоминой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 852 с.

2 Оливия В. Эдейр. Секреты кардиологии. Под общей редакцией докт. мед. наук, проф. В.Н. Хирманова. – М.: «МЕДпресс-информ», 2004

3 Ройтберг Г.В., Струтынский А.В. Внутренние болез-

ни. Сердечно-сосудистая система. – М.: Издательство БИНОМ, 2003. – 856 с.

4 Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: справочное руководство для врачей. 2-е изд. – М.: Медицина, 1987. – 592 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.А. КАПСАЛЯМОВА

Қалалық кардиологиялық орталық, Алматы қ.

ҚОЛҚА АНЕВРИЗМДЕРІ МЕН МИОКАРД ИНФАРКТИ- СІНІҢ ҮЗІЛУІН ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ҚИЫНДЫҒЫ (тәжірибеден алынған оқиға)

Құрсақ аортасының аневризміндегі жарылу симптомдары аурудың жиі кездесетін алғашқы клиникалық көрінісі болып табылады. Қабатталған аорта аневризмінде ауру белгілері алғашқы кезінде-ақ аса қарқынды, аортаның жарылуы кезеңінде, егер науқас бұл кезеңді өткерсе, таяу күндерде және кейде сағаттарда ауру сезімдері ақырындап азайып және әдетте кенеттен болатын өлімге шейін дерлік толық жоғалып кетуі мүмкін. Ауру тіпті наркотикалық анальгетиктерге басылмайтындықтан, миокард инфаркт кезіндегі ауру синдромдарына ұқсас болып келеді. Тропонин, миоглобин немесе КФК қалыпты мәндері жүрек бұлшық етінің некрозын жоққа шығаруға мүмкіндік береді. Аорта қабырғаларының қабаттануын УДЗ және аортография дәлелдейді.

Негізгі сөздер: қатпарланушы аневризма, ауру белгісі.

S U M M A R Y

A.A. KAPSALYAMOVA

City Cardiology Center, Almaty c.

PROBLEMS IN THE DIAGNOSIS OF ANEURYSM RUPTURE AND MYOCARDIAL INFARCTION (case report)

The symptoms of the rupture of abdominal aortic aneurism are often the first clinical signs of the disease. In dissecting aneurysm, pains are more intense at the beginning of the disease, i.e. at the moment of aortic rupture; if the patient has gone through that moment, then during the next few days, and sometimes hours, the sensations of pain gradually decrease and can almost completely disappear until his death, which usually occurs suddenly. The pain is not cut short even with narcotic analgesics, which makes it like a pain syndrome in myocardial infarction. Normal values of troponin, myoglobin and creatine phosphokinase allow to reject the diagnosis of myocardial necrosis. The delamination of the aortic wall is confirmed by ultrasonic examination and aortography.

Key words: dissecting aneurysm, pain syndrome.

УДК 616.12-008.331.1-085-053.9

З.Т. ТАШИМБЕТОВА

Медицинский центр «Асмед», г. Алматы

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

В статье оцениваются результаты проведения крупных рандомизированных исследований комбинации гипотензивных средств. Изучение этих комбинаций позволяет улучшить прогноз и качество жизни пожилых пациентов, индивидуализировать комплекс лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипотензивная терапия, индивидуальный уход.

В Казахстане, как и во всем мире, артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных проблем здравоохранения.

С развитием цивилизации продолжительность жизни человека увеличилась. По прогнозам Всемирной органи-

зации здравоохранения, к 2025 году численность только женского населения мира в возрасте 60+ превысит 1 млрд. В нашей республике людей в возрасте 50+ более 3,5 млн., из них 850000 в возрасте 70+, что составляет около 6% от общего числа населения нашей страны [1].

Распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения Республики Казахстан более 40%, такая же, как и во многих государствах. С возрастом число пациентов, страдающих АГ, увеличивается, среди пожилого населения распространенность этого заболевания достигает 60%. Коррекция высоких цифр артериального давления уменьшает риск развития инфаркта миокарда до 25%, сердечной недостаточности до 50% и инсульта до 40% [2].

Необходимо принимать во внимание то, что у пожилого человека сердечно-сосудистая система приобретает структурно-функциональные изменения: утолщаются стенки аорты, формируется кальцификация митрального и аортального клапанов, увеличиваются полости левого желудочка и предсердия. К функциональным изменениям можно отнести снижение податливости левого желудочка, нарушение диастолического наполнения левого желудочка, снижение эластичности сосудов, увеличение скорости пульсовой волны, повышение систолического артериального давления.

Терапия пожилых пациентов, страдающих гипертензией, в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов и рекомендациями JNC, должна проводиться на основе общих принципов лечения больных с АГ. Британские же клинические рекомендации по лечению пациентов с первичной гипертензией от 2011 года дают ограничения для пациентов до 80 лет и старше. Целевым уровнем артериального давления для лиц младше 80 лет, страдающих АГ и получающих соответствующую терапию, является показатель ниже 140/90 мм рт. ст., а для пациентов старше 80 лет менее 150/90 мм рт. ст.

Немедикаментозное лечение необходимо начать с изменения образа жизни. Настроить пациента на отказ от курения, помочь снизить избыточный вес, ограничить злоупотребление солью и алкоголем, повысить физическую активность, увеличить резистентность к стрессовым ситуациям. Организовать школы для пациентов с АГ, телевизионные передачи (телемедицина), выпускать печатные сообщения и напоминания. Если немедикаментозное лечение АГ не дает желаемого результата, то необходимо добавить медикаментозный компонент терапии.

Учитывая тенденции нашего времени, целью терапии АГ является не только снижение уровня артериального давления, но и коррекция функционального состояния органов-мишеней.

В целом все рекомендации по терапии артериальной гипертензии у пожилых пациентов подчеркивают то, что назначение антигипертензивных препаратов должно учитывать распределение и выведение препарата и изменение гомеостатического регулирования сердечно-сосудистой системы, а также улучшить качество жизни пациента.

Сегодня, опираясь на данные консенсуса экспертов Фонда Американского колледжа кардиологов и Американской ассоциации сердца, в отношении проблем артериальной гипертензии у пожилых терапию АГ необходимо начинать с наименьшей дозы и постепенно повышать в зависимости от достигнутого уровня артериального давления и переносимости препарата пациентом. Если после достижения полной дозы ответ на проводимую терапию слабый, необходимо добавить второй препарат к лечению. Важной характеристикой гипотензивного препарата является отсутствие неблагоприятного воздействия на липидный, углеводный обмен, а также на уровень электролитов крови, особенно калия.

В крупных рандомизированных, многоцентровых испытаниях применялись следующие комбинации гипотензивных средств, которые в рекомендациях ЕОГ/ЕОК 2007 г. признаны оптимальными: тиазидный диуретик

(ТД) и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), ТД и блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА), блокатор кальциевых каналов (БКК) и иАПФ, БКК и БРА, БКК и ТД, β -адреноблокатор (БАБ) и БКК дигидропиридинового ряда.

БРА селективно блокируют рецепторы AT1-подтипа, хорошо переносятся, защищают почки и снижают летальность у пациентов с сердечной недостаточностью. У пожилых пациентов, страдающих АГ и диабетом, БРА считаются препаратами первой линии, а в сочетании с сердечной недостаточностью являются альтернативой ингибиторам АПФ.

В рандомизированных клинических исследованиях RENAAL, IDNT и IRMA 2 доказана эффективность применения блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) лозартана и ирбесартана у больных АГ в сочетании с диабетической нефропатией [3]. В исследовании LIFE было показано, что применение лозартана способно предотвращать первый и последующие эпизоды фибрилляций предсердий. Антиаритмический эффект отмечен также у кандесартана, валсартана и ирбесартана [4, 5].

В настоящее время показано, что сартаны обладают отчетливым гипотензивным эффектом. Препараты этой группы усиливают выведение уратов с мочой за счет уменьшения их реабсорбции в проксимальных канальцах почек. Урикозурический эффект сохраняется и при их сочетании с мочегонными средствами, благодаря чему предупреждается вызываемое диуретиками повышение уровня мочевой кислоты в крови [6].

Для пожилых больных с АГ нежелательны следующие комбинации антигипертензивных препаратов: β -адреноблокаторы и недигидропиридиновые антагонисты кальция из-за риска дисфункции левого желудочка и брадиаритмий; ингибиторы АПФ и калийсберегающие диуретики из-за риска гиперкалиемии и почечной недостаточности; α -адреноблокаторы и дигидропиридиновые антагонисты кальция в связи с высоким риском ортостатической гипотензии.

В заключение следует отметить, что только индивидуальный подход к лечению больных пожилого возраста с АГ, учитывающий структурно-функциональные изменения организма, поражения органов-мишеней, сопутствующие заболевания, может улучшить прогноз и качество жизни пожилых пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году. Статистический сборник. Астана-Алматы, 2009. – 312 с.
- 2 Джунусбекова Г.А. и др. Республиканское исследование «СПЕКТР» – престанс улучшает и упрощает тактику лечения больных артериальной гипертензией // Человек и лекарство – Казахстан. – 2012. – №8(12). – С. 38
- 3 Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1232 с.
- 4 Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol // Lancet 2002; 359: 995–1003
- 5 Viberti G, Wheeldon NM, MicroAlbuminuria Reduction With VALsartan (MARVAL) Study Investigators Microalbuminuria reduction with valsartan in patients with type 2 diabetes mellitus: a blood pressure-independent effect // Circulation 2002; 106: 672–678
- 6 Molecular identification of a renal urate anion exchanger that regulates blood urate levels / A. Enomoto, H. Kimura, A. Chairoungdua et al. // Nature. – 2002. – Vol. 417. – P. 447–452

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