

дистрофиясы. Бүйрек дистрофиясы. өкпе және бронхтар туберкулезі. Бүйрек үсті бездерін микроскопиялық зерттеуде арнайы грануляциялық тінмен қоршалған алып торшалары бар эпителиоидты томпақтар «ірімшікті некроз» ошақтары және жоғарыдағы көрсетілген қан құйылу ошағы да анықталды. Мынандай сот-медициналық диагноз қойылды: Екі жақ бүйрек үсті бездерін туберкулезбен зақымдау. Созылмалы бүйрек үсті бездерінің қызметінің жетіспеушілігі. Аддисон ауруы. Паренхиматозды ағзалардың дистрофиялық өзгеріске ұшырауы. Өкпе тінінде бұрынғы туберкулезбен аурудың белгісі ретінде ошақты - фиброзды өзгерістердің болуы. Осы алынған деректерді талдай отырып науқастың жағдайының нашар болуы, оның стационарда аз уақыт болуы салдарынан сот-медициналық диагноз бен клиникалық диагноздардың бірі-біріне сай келмеуі орын алды. Бірақ сонымен қатар анамнестикалық деректер мен науқаста бүйрек үсті бездерінің қызметінің жетіспеушілігін білдіретін белгілерінің бақалуын есепке алмау және оларды тиісінше бағаламау – анамнезінде бұрын туберкулезбен ауыруы, кахексия, тері қабаттарының қоңырқай түсті реңі /қола түстес тері/, гипотония және т.б. Осы деректерді бағаламау негізінен клиникалық мамандар мен сот-медициналық сарапшыларда да осы ауру түрінің өте сирек кезігетіндігі деп санаймын. Осы жағдай біздің филиалдың ұйымдастыру-тәсілдемелік кеңесінде қаралып, талданды.

Туберкулез надпочечников развивается постепенно в результате гематогенного распространения микобактерий туберкулеза. Изолированное туберкулезное поражение надпочечников туберкулезом встречается весьма редко. Морфологически обнаружена зависимость обнаруживаемых изменений в надпочечниках и степени их недостаточности. У больных с большой давностью активного туберкулеза изменения развиваются в самом корковом веществе надпочечников и нарушения функций приобретают не только выраженный, но и необратимый характер.

Suprarenal tuberculosis results from hematogenous spread of tuberculous mycobacteria gradually. Isolated tuberculous involvement of adrenal gland with tuberculosis occurs very seldom.

The dependence of the revealed changes in the adrenal glands and the degree of their insufficiency has been revealed morphologically.

In patients with the long standing of the active form of tuberculosis the changes are developing in the scab substance of the adrenal glands and the disturbances of functions have not only marked but also irreversible character.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

М.И. Исабекова

КГКП «Зайсанское районное медицинское объединение» г.Зайсан

Опухоли сердца встречаются редко. По данным Шлант Р.К и Александера Р.В (2000г) – среди всех опухолей сердца миксома составляют 24,4% и относятся к первичным опухолям сердца. Миксома-опухоль из зрелой соединительной ткани, богата муцином и гиалуроновой кислотой. Ее диаметр колеблется от 1 до 15 см, имеет гладкую, но неровную разноцветную поверхность. Миксома быстро растет, вызывая обструкцию левого предсердия, когда достигает - 7 см в диаметре. Внутрисердечные миксомы являются частыми доброкачественными опухолями сердца. Приблизительно 75% из предсердных миксом располагаются в левом предсердии и исходят из межпредсердной перегородки.

Қорытынды.

Бүйрек үсті бездерінің туберкулезі туберкулездің микобактерияларының қанг арқылы таралуы салдарынан басталып, ауру баяу, біртіндеп басталады. Бүйрек үсті бездерін жеке зақымдаған туберкулез өте сирек кезігеді. Морфологиялық түрде бүйрек үсті бездерінде олардағы байқалған өзгерістер мен оның қызметінің жетіспеушілігінің дәрежесіне тәуелділігі байқалған. Яғни ұзақ уақыт қарқынды туберкулез үрдісі бездің қыртысты қабатын зақымдаса, онда оның қызметінің бұзылуы өте қатты байқалып қана қоймай, ол қайтымсыз сипат алады.

Іс жүзіне асыруы бойынша нұсқаулар.

1. Аймақта туберкулездің эпидемиялық таралуын есепке ала отырып бүйрек үсті бездерін туберкулезбен зақымдау, Аддисон ауруын тек қана дәрігер-эндокринологтар ғана емес, басқа денсаулық сақтау саласының мамандары да тиянақты түрде талдап, оқып, зерттеуі тиіс.

2. Барлық мәйіттерді зерттегенде, оның барлық жүйелері мен ағзалары, оның ішінде ішкі бездер жүйесі де мұқият, тиянақты түрде қаралып, зерттелуі тиіс.

Әдебиеттер:

1. Баранов В.Г., Эндокринді аурулар,
2. Зефирова Г.С. Аддисон ауруы,
3. Шерешевский Н.А. Клиникалық эндокринология.

Если спонтанные миксомы рецидивируют очень редко, то в случаях семейного заболевания частота их рецидивов составляет 12-22%.

Больные обычно предъявляют жалобы относящиеся к 3-м группам:

- Общие, связанные с эмболическими осложнениями и вызванные препятствием кровотоку;

- Системные проявления, которые имеют место у 90% пациентов и включают: уменьшение массы тела, лихорадку, анемию, повышение СОЭ, лейкоцитоз, или лейкопению, тромбоцитопению; увеличение концентрации иммуноглобулинов (обычно JgG), повышение активности трансаминаз и ферментов.

- У 50% больных развиваются системные эмболические осложнения с поражением сосудов головного мозга, сердца, почек, конечностей и области бифуркации аорты. По данным Юлдашева К.Ю. (1979г) к клиническим проявлениям миксомы левого предсердия относятся: хроническая сердечная недостаточность, приступы острой сосудистой недостаточности (закупорка одного из клапанных отверстий), развитие фибринозного перикардита, различных аритмий. Характерно ухудшение состояния больных в вертикальном положении тела с появлением или усилением шумов в сердце, и улучшение самочувствия в горизонтальном положении, с уменьшением интенсивности шумов, особенно на правом боку. По данным Амосовой Е.Н. одним из основных клинических синдромов, встречающихся при миксоме левого предсердия, является синдром внутрисердечной обструкции, обусловленный частичной обтурацией опухолью левого предсердно-желудочкового отверстия и, реже, устья легочной вены. Как следствие, развиваются легочная венозная, и в ряде случаев артериальная гипертензия и синдром малого сердечного выброса, которые проявляются одышкой, ортопноэ, вплоть до отека легких, кашлем, иногда кровохарканьем, сердцебиением, слабостью и периферическими отеками. Часто отмечаются головокружение и преходящая потеря сознания, возможна внезапная смерть. Заподозрить наличие миксомы позволяет изменение степени выраженности этих симптомов в зависимости от положения тела, особенно уменьшение одышки в положении лежа. При аускультации мелодия сердца напоминает мелодию митрального стеноза, поэтому дифференциальную диагностику проводят в 1-ю очередь с митральным пороком сердца с преобладанием стеноза. Уточнить диагноз возможно только на эхокардиографии. По данным Сумарокова А.В, Моисеева В.С, Михайлова А.А, Касымова И.Ю., (1978г), наблюдаются и другие проявления болезни: волчаночно - подобный синдром, синдром Рейно, сетчатое ливедо. Особенно характерным, для миксомы сердца является возникновение эмболий частицами опухоли или образовавшегося на ее поверхности тромба – в артерии мозга, конечностей и др.-что служит существенным диагностическим критерием, если они возникают при синусовом ритме. Диагностика основана на вышеуказанных клинических проявлениях, ценную диагностическую информацию дают эхокардио-графическое исследование, компьютерная томография. Лечение: Оперативное и симптоматическая терапия.

Приведу клинические наблюдения из практики

За период с 1996 по 2010 годы наблюдались 5 больных с внутрисердечной миксомой левого предсердия, в том числе 4 женщин, 1 мужчина. Подробно описываю случаи в моей практике:

1. Больная И., 1952 г.р. заболела в конце 1996 года, когда появились жалобы на похолодание кончиков пальцев рук и ног, онемение в левой руке. Постепенно

кисти рук деформировались, нарастала слабость в руках, мышцы рук и ног постепенно атрофировались, особенно слева, появилась деформация шейного и грудного отдела позвоночника. В суставах кистей появились постепенно ограничение сгибательных и разгибательных движений. Больная потеряла в весе около 10 кг. В 1997 году перенесла острое нарушение мозгового кровообращения по типу тромбоэмболии в средней мозговой артерии справа. Умеренно выраженный левосторонний гемипарез. С начала 1998 года стали беспокоить одышка, быстрая утомляемость, периодически возникающее головокружение, обморочное состояние. Отмечалось снижение АД до 60/40 мм.рт.ст, больная ощущала резкую слабость, отмечалось резкое посинение губ, кончиков пальцев. В горизонтальном положении больная ощущала себя лучше, АД поднималось до нормы. Больная наблюдалась у терапевта с диагнозом «Недифференцированный коллагеноз, синдром Рейно. Анемия тяжелой степени. Миокардиодистрофия. При осмотре: общее состояние средней тяжести, пониженного питания, губы и кончики пальцев синюшны. Отмечается гиперлордоз в шейном отделе, кифоз в грудном отделе позвоночника. В легких хрипов нет. Область сердца без патологии, верхушечный толчок на уровне пятого межреберья. Перкуторно увеличение сердца в поперечнике, при аускультации тоны сердца ритмичные, отмечается периодически появление систолического и диастолического шума на верхушке, меняющегося по интенсивности при изменении положения тела. АД-100/60мм.рт.ст, иногда АД снижалось до 60/40мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Неврологический статус. При осмотре гиперлордоз шейного отдела позвоночника, кифоз грудного отдела с деформацией позвонков, пальпация б/о. Черепно-мозговые нервы: зрачки S=D. Реакция на свет живая, движение языка влево. Тонус мышц снижен. Силы мышцы в дистальных отделах снижены. Проба Баре(+) слева Гипоэстезия с уровня C5-C7 до поясницы; сухожильные рефлексы S=D, высокие. Походка паретическая. Атрофия мышц конечностей в дистальных отделах плечевого пояса. В течение всего заболевания в анализах крови отмечается низкий Hb-70-88 г/л, повышение СОЭ. Анализ крови на LE –клетки отрицательный. Анализ крови на ревматоидный фактор – отрицательный. Анализы крови на ВИЧ, HbSAg – отрицательные. Реовазография верхних конечностей: уменьшенное кровоснабжение в левой верхней конечности, ангиодистония, осмотр ангиолога-болезнь Рейно. В мае 1998 года при очередном обследовании в кардиологическом отделении областной больницы при эхокардиографии выявлена миксома левого предсердия с пролабированием в левый желудочек. В 1999 году больная оперирована в условиях искусственного кровообращения в НИИ хирургии им.Сызганова г.Алматы.Выполнена операция: Удаление миксомы левого предсердия диаметром -4,25см. Состояние при диспансерном наблюдении – удовлетворительное., при проведении контрольной ЭхоКГ в 2000-2010 годах рецидива опухоли нет.

2. Больная Е., 1955 г.р. заболела в 2003 году. У больной в клинической картине преобладали признаки хронической сердечной недостаточности, периодически острой сосудистой недостаточности; Тромбоэмболические осложнения в сосуды головного мозга, преходящие нарушения мозгового кровообращения. Анемия средней степени тяжести, похудение на 10,5 кг. С подо-

зрением на миксому направлена на ЭхоКардиографию в диагностический центр ОМО, диагноз подтвержден: Миксома левого предсердия. Больной 15.03.2004 года в НИИ хирургии им.Сызганова г.Алматы. выполнена операция: в условиях искусственного кровообращения, удалена опухоль размером – 6,0*3,5 см. При диспансерном наблюдении состояние больной удовлетворительное, на контрольной ЭхоКГ рецидива опухоли нет.

3. Больная Б., 1962 г.р. заболела в 2005 году. В клинике болезни преобладали признаки сердечной недостаточности, нарушение ритма сердца по типу мерцательной аритмии, экссудативный плеврит справа, потеря веса около 9,5 кг. Заподозрена миксома, ЭхоКГ в диагностическом центре диагноз уточнен: Миксома левого предсердия. Легочная гипертензия II степени, НК-II-A, ФК-IV. Больной в НИИ хирургии им.Сызганова проведена операция: Удаление миксомы в условиях искусственного кровообращения. На операции-в полости левого предсердия имеется образование, исходящее из открытого овального окна, размером 10,5-5,0 см. При диспансерном наблюдении на контрольных эхокардиографиях – рецидива опухоли нет.

4. Больной С., 1944 г.р., болеет с 2004 года. В клинической картине преобладали признаки хронической сердечной недостаточности, тромбоэмболические осложнения в сосуды головного мозга, тромбоза коронарных сосудов. Похудение на 12 кг. С подозрением на миксому направлен на ЭхоКГ в областной диагностический центр, где уточнен диагноз: Миксома левого предсердия, осложненная ПИКС и ОНМК (от 2004 года) НК-II-A, ФК-IV. В НИИ хирургии им.Сызганова г.Алматы 01.12.2005 года произведена операция удаление миксомы левого предсердия размером 7,1*4,8 см, исходящей из межпредсердной перегородки и основания передней створки митрального клапана в условия искусственного кровообращения. При диспансерном наблюдении за больным в течение 2005-2010 года, состояние удовлетворительное, на контрольных ЭхоКГ рецидива опухоли нет.

5. Больная К., 1963 г.р. Болеет с 2008 года. В клинике преобладали признаки хронической сердечной недостаточности, приступы удушья, кардиалгии, нарушение

ритма сердца по типу мерцательной аритмии, анемия средней степени тяжести, похудение на 8 кг. Больная с подозрением на миксому направлена в областной диагностический центр, диагноз уточнен: Миксома левого предсердия. Больная оперирована в кардиохирургическом отделении Вост.Каз.областного медицинского объединения. Произведена операция – удаление миксомы левого предсердия размером 3,68*2,72 см, исходящей из нижней трети межпредсердной перегородки. При диспансерном наблюдении за 2008-2010годы – состояние больной удовлетворительное, на контрольных эхокардиографиях – рецидива опухоли нет. Таким образом, возраст больных, клиническая картина, данные эхокардиографии, течение заболевания характер осложнений, эффекты от хирургического лечения - полностью совпадают с литературными данными:

Выводы:

1. В условиях районной больницы диагностика миксомы сердца основывается на способности врача на основании своеобразной клиники заподозрить миксому сердца, особенно при наличии тромбоэмболических осложнений на фоне синусового ритма у относительно молодых лиц.

2. Ведущую роль в диагностике миксомы сердца занимает двумерная эхокардиография.

3. Хирургическое удаление опухоли после установления диагноза - является единственным правильным методом лечения.

4. В связи с возможными рецидивами опухоли необходимо длительное «Д» наблюдение и контрольное эхокардиографическое обследование.

Литература:

1. Амосова Е.Н. «Клиническая кардиология» Том 2. – 2002 год.
2. Шлант Р.К, Александр Р.В., «Клиническая кардиология» 2002 год.
3. Сумароков А.В, Моисеев В.С, Михайлов А.А, Касымов И.Ю. «Ключи к диагностике заболеваний сердца» - 1987г.
4. Юлдашев К.Ю. «Болезни сердца» - 1979 год.

Сол жақ жүрекшенің ішкі жүрек миксомасы тәжірибесінен алынған оқиғалар

М.И. Исабекова

Осы мақалада жүрек миксомасы бар 5 клиникалық оқиға сипатталады. Әдебиеттер бойынша, жүрек ісіктері өте сирек кездеседі және -24,4% құрайды.

Аудандық аурухана жағдайында, диагностика дәрігердің өзіндік клиника негізінде миксоманы, әсіресе салыстырмалы жас адамдарда синустық ырғақтан пайда болған тромбоэмболикалық асқынуы бар кезінде, анықтау қабілетінде негізделеді.

Жүрек миксомасының диагностикасында эхокардиография әдісі басты рөл атқарады. Қойылған диагноздан кейін ісікті хирургиялық жолмен жою емделудің ең дұрыс және жалғыз әдісі болып табылады.

A case report of endocardiac left atrium myxoma

M.I. Issabekova

In this article 5 clinical cases with heart myxoma are described. According to the literature, heart tumors occur rarely and is - 24,4%.

In the conditions of regional hospital diagnostic is based on the doctor's capability based on original clinic to surmise myxoma, especially in the present of thromboembolic disorders amid sinus rhythm in relatively young people.

The method of echocardiography is the leading role in diagnostic of heart myxoma.

The single correct method of treatment is a surgical removal of tumor after proven case.