А.С. БЕКЕТОВ, С.И. САРКУЛОВ, Г.Р. ЖАКИЕВА, А.Б. БАЙЖАРКИНОВА

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА

(случай из практики)

Западный - Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
кафедра интернатуры ВОП, г. Актобе

Авторы статьи описали случай их практики, особенности течения, выяснение природы аллергического миокардита и выработку эффективных методов лечения этого заболевания различной этиологии.

Ключевые слова: аллергический миокардит, методы лечения.

Аллергические заболевания занимают особое место в современной клинике. В последнее время отмечается тенденция значительного их увеличения относительно удельного веса среди различных нозологических форм.

Впервые аллергический (идиопатический) миокардит описан в конце XIX столетия, однако это заболевание и до сего времени остается малоизученным и менее известным практическим врачам. Причиной этого является как сравнительная редкость заболевания, так и крайняя полиморфность клинической картины и даже патолого-анатомических изменений, возникающих в сердце.

Единственно твердо установленным в отношении этого заболевания является его аллергическая природа и зачастую малоблагоприятный прогноз.

Нужно подчеркнуть, что причиной возникновения аллергического миокардита могут быть самые разнообразные факторы: грипп, катаральное явление верхних дыхательных путей, экзема, очаги инфекции, воздействие некоторых лекарственных веществ, в частности, антибиотиков, психические факторы и другие.

Все это очень затрудняет своевременное распознавание, а, следовательно, и своевременное лечение этого заболевания.

Все это вместе взятое, позволяет описать случай (из практики) аллергического миокардита, который мы наблюдали в дневном стационаре нашей поликлиники.

Больной Б., 39 лет, обратился в консультационно-диагностическую поликлинику №1 20.04. 2010 года с жалобами на сильнейший зуд по всему телу и крапивницу (уртикарные высыпания). Одновременно с этим больной отмечает усиленное сердцебиение, одышку и боли в области сердца. Эти симптомы начали проявляться периодически год назад, причем беспричинные сердцебиения вначале продолжались недолго и сопровождались незначительным зудом кожи. Больного направили к дерматологу, назначившего ему десенсибилизирующую терапию. Лечение эффекта не дало. Состояние больного постепенно ухудшалось, развивалась слабость, усилилась одышка и сердцебиение. Больной отказался от направления в стационар, по семейным обстоятельствам вынужден был лечиться в дневном стационаре с диагнозом: приступ пароксизмальной тахикардии неясной этиологии. Температура субфебрильная, живот мягкий, безболезненный. Частота пульса все время менялась от 60 до 150 ударов в минуту. Во время пароксизмальной тахикардии артериальное давление падало до 90-70 мм ртутного столба, временами нормализуясь, наполнение пульса также менялось. Границы сердца были расширены в обе стороны, тоны сердца приглушены: временами прослушивается систолический шум на верхушке сердца. Ритм сердца, как это фиксировалось неоднократно на ЭКГ, был крайне изменчив: пароксизмальная тахикардия, брадикардия чередовались периодически с нормальным ритмом. Рентгенологически отмечалось увеличение сердечной тени, в особенности левого желудочка. Эта картина верифицирована и на УЗИ. Морфологическая картина крови, СОЭ, белковые фракции крови были в пределах нормы.

Больному назначена в дневном стационаре десенсибилизирующая терапия с применением средних доз преднизолона, димедрола, супрастина, аскорбиновой кислоты на фабричном 0,9 % физиологическом растворе. После приема препаратов зуд значительно ослабевал, улучшался ритм сердечных сокращений, но полностью патологические проявления не оставляли больного. Это подтверждается и сравнением двух электрокардиограмм, снятых с 2-х недельным перерывом по времени. Через неделю после проведенного лечения на ЭКГ отмечена умеренная синусовая тахикардия, 120 ударов в минуту, периодически регистрировались выпадения всего сердечного цикла, выражающиеся в длинных паузах (синоаурикулярная блокада) и изменения миокарда левого желудочка. Еще через две недели на ЭКГ отмечался синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 78 ударов в минуту, отмечалась частичная синоаурикулярная блокада и коронарная недостаточность в задне - передне- боковых отделах левого желудочка по типу ишемии.

Такое положение заставило уделить особое внимание обнаружению скрытых очагов инфекции, не выявленных при обычном клиническом обследовании. После консультация стоматолога и рентгенологического обследования ротовой полости удалось установить наличие хронического гранулирующего периодонтита трех зубов верхней челюсти. По мере удаления этих зубов в состоянии больного наступило улучшение: исчезла крапивница, восстановился нормальный ритм сердца, хотя оставалось незначительная тахикардия при физической нагрузке (при подъеме на 2-3-ий этажи поликлиники).

Через 10 дней после проведенного лечения больной выписан из дневного стационара с диагнозом: аллергический (идиопатический) фидлеровский миокардит в подострой форме. Надо отметить, что этот диагноз основывался только на литературных данных (работы М.С. Вовси, Л.З. Лаучевичуса, Я.Л. Рапопорта, А.И. Суворовой, В.В. Ищенко, Б.С. Свадковский и др.), т.к. мы до этого времени с заболеванием такого рода не встречались. Через 5 месяцев после выписки больной вновь обратился к врачам. Его снова поместили в дневной стационар с рецидивом заболевания.

Со слов пациента, рецидив наступил после перенесенной ангины и какого-то желудочно-кишечного заболевания. На этот раз клиническая картина, в сравнении с первым приступом, была дополнена поражениями голеностопных суставов, носивших ярковыраженный характер инфекционно-аллергического полиартрита. При обследовании обнаружены и существенные изменения картины крови: нейтрофильный лейкоцитоз с резким дегенеративным сдвигом лейкоцитов влево и ускоренное СОЭ. Это вызывало подозрение на существование еще какого-то не выявленного очага инфекции. Однако тщательное обследование миндалин, зубов, желчного пузыря, протоков печени и мочеполовых органов никаких указаний на существование такого очага не дало. Как при первом приступе заболевания, применявшееся лечение (препараты хлористого кальция, димедрол, супрастин, преднизолон, аскорбиновая кислота) заметного улучшения не дало.

Через неделю у больного внезапно повысилась температура до 38° и появились жжение и боль в области ануса. При ректальном осмотре хирург обнаружил обострение хронического подслизистого паропроктита, который был вскрыт в ЦАХ дневного стационара. Его дренировали, местное лечение провели антисептиками, туалетом гнойной раны, ежедневными перевязками с гипертоническим раствором и общими. Осуществили дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию. Больной скрыл от терапевтов свое хроническое ректальное заболевание. Уже на второй день после вскрытия гнойника, температура – до нормы, восстановился нормальный ритм сердца, исчезли крапивница и боли в суставах, нормализовалась картина крови. Через 6 дней после операции больной выписан из дневного стационара. Продолжал наблюдаться в кабинете хирурга, по выздоровлении выписан.

Больной 27 января 2011 года при контрольном осмотре оказался практически здоровым. Однако перебои в сердце появлялись после физической нагрузки, причем ритм сердца самостоятельно быстро восстанавливался. Контрольная ЭКГ дала все же указания на небольшие изменения в миокарде. Своеобразная картина рецидива и весь ход заболевания являются убедительным обоснованием нашего первоначального диагноза.

В этом показательном случае из нашей клинической практики очень ярко была выявлена ведущая роль скрытых очагов инфекции в возникновении и развитии заболевания. Конечно, мы не имеем данных для подтверждения того, что уже при первом приступе заболевания у больного был очаг внутренней инфекции в области прямой кишки. Однако почти бесспорным можно считать, что активизация этого гнойного очага в результате воздействия какого-то кишечного заболевания, прошедшего без врачебного вмешательства, стало причиной рецидива заболевания.

Практический вывод заключается в том, что во всех случаях заболевания, когда возникает подозрение на аллергический миокардит, самое тщательное внимание должно быть направлено на поиски и выявление скрытых очагов инфекции, так как без их ликвидации лечение не дает эффекта.

Разумеется, этим самым мы не отрицаем возможности возникновения аллергического миокардита и по другим причинам, упоминаемых в статье, однако, насколько можно судить по литературным данным, эффективность лечения в этих случаях пока остается невысокой.

Таким образом, для выяснения природы аллергического миокардита и выработки эффективных методов лечения этого заболевания различной этиологии существенное значение имеет выяснение вопроса, почему столь разнообразные причины аллергического миокардита проявляют свое действие лишь в отношении мышцы сердца. В этих случаях ссылки на аллергическую сенсибилизацию организма столь же мало объясняют действительную причину возникновения и течения процесса, как и популярные в свое время ссылки на предрасположение.

ТҮЙІН

А.С. БЕКЕТОВ, С.И. САРҚҰЛОВ, Г.Р. ЖАКИЕВА, А.Б. БАЙЖАРҚЫНОВА

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ МИОКАРД АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
(тәжірибеде болған жағдай)

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
ЖДТ интернатурасы кафедрасы, Ақтөбе қаласы

Мақала авторлары аллергиялық миокард ағымының және емінің өздерінің емханалық тәжірибелерінде болған ғажап жағдайын баяндаған.
Негізгі сөздер: аллергиялық миокардит, емдеу әдістері.

SUMMARY

A.S. BEKETOV, S.I. SARKULOV, G.R. ZHAKIYEVA, A.B. BAIZHARKINOVA

PECULIARITIES OF ALLERGIC MYOCARDIUM COURSE
(a case from practice)

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university,
the chair of internship of PDA, Aktobe city

The authors of the article describe a rare case of the allergic myocardium course and treatment from their own clinical practice.
Key words: allergic myocardium, the methods of treatment.

Г.К. ЖЕКСЕНОВА

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО БЛЕФАРОКОНЪЮНКТИВИТА ПРИ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНФЕКЦИИ (ИНТОКСИКАЦИИ)

ГККП «Городская поликлиника № 1», г. Актау

При неясной этиологии аллергических блефароконъюнктивитов и неэффективности антиаллергического лечения, необходим ИФА крови на наличие паразитов, как наиболее информативный метод диагностики гельминтозов, являющихся одной из причин аллергических заболеваний глаз. Чем раньше поставлен диагноз паразитарной инфекции, тем эффективнее будет лечение аллергического блефароконъюнктивита.
Ключевые слова: аллергический блефароконъюнктивит, паразитарная инфекция, диагностика гельминтозов.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обнародовала доклады, из которых следует, что до 80 % всех существующих заболеваний человека либо напрямую вызываются паразитами, либо являются следствием их жизнедеятельности в нашем организме. Паразитарными болезнями в мире заражено более 4,5 миллиардов человек. При этом в Европе поражен каждый третий житель. В России суммарная заболеваемость паразитами в 10 раз выше заболеваемости острой кишечной инфекцией и по своей частоте сопоставима только с показателями заболеваемости гриппом [1-3].

Паразиты вызывают аллергизацию организма человека, подрывают работу иммунной системы, истощают организм. Человек может быть «хозяином» более 2 000 видов паразитов, от мельчайших микроорганизмов до метровых глистов. Паразиты живут не только в прямой кишке - их можно обнаружить практически в любой части тела: легких, печени, мышцах, суставах, желудке, пищеводе, мозге, крови, коже и даже в глазах. Главенствующая роль среди паразитарных болезней принадлежит гельминтозам, на которые приходится 89,5 % всей паразитарной заболеваемости [4,5].

При обращении больных с хроническими аллергическими заболеваниями глаз, в частности, блефароконъюнктивитами, если истинная причина неизвестна, врачу-офтальмологу иногда очень трудно самостоятельно выявить этиологию, а значит полностью излечить аллергический процесс.