

Қарағанды медицина университеті
№3 ішкі аурулар кафедрасы

ҚЫЗЫҚТЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Орындаған: Тухтамурадова Д.Ш.
7-042-топ

2019 жыл

Науқас:



Вайсель

да

Жасы: 45-те

Шағымдары

- Жұтынған кездегі тамағындағы ауырсыну, тобық-табан және табан-башпай бауындарындағы ауырсыну және ісіну, екі аяқтың балтыр терісіндегі бөртпелер, дене температурасың $37,6^{\circ}\text{C}$ көтерілуі, тершеңдік, әлсіздік, арықтау 10 күнде 4 кг-ға;

Ауру тарихы

- Аурудың бастау алуы сирақ-табан буынындағы ауырсыну мен ісінуден және дене темпертрасының көтерілуімен басталған. Бір апта өткен соң балтырда бөртпелер мен жараларды байқаған, кейін екі күн өткен соң дауыстың қарлығыуы, тамағының ауыруы қосарланған. Тұрғылықты мекен-жайы бойынша флегманозды ларингит диагнозымен госпитализацияланған. Балтырдағы жаралардың көлемі ұлғайып, жаңа иірімдер пайда болған. Өздігінен хирург консультациясында болып, геморрагиялық васкулит диагнозымен терапиялық бөлімге жолданған, динамикалық бақылауға алынған. Науқастың жалпы жағдайының нашарлауына байланысты терапия бойынша орынбасар Екижанова Б. Т. -ға науқастың жағдайы баяндалған, балтырдағы трофикалық жаралардың сипатына байланысты дәрігер-инфекционист консультациясына жіберілген. Жедел-инфекциялық ауру жоққа шығарылды, ОКА –да емді жалғастыру ұсынылған. Аурудың айқын клиникалық көрінісіне және амбулаторлы емнің нәтижесіздігіне байланысты жедел түрде ревматология бөлімшесіне диагнозды нақтылау және терапия таңдау мақсатында госпитализацияланды.

Өмір тарихы

- Туберкулез, вен.ауруларды теріске шығарады.
- Гематрансфузия болмаған.
- Гепатит С
- жылдан бері, Д есепте тұрмайды.
- Созылмалы аурулары: Артериальды гипертензия, 2 дәрежелі, индап 2,5 мг/тәул қабылдайды.
- Басынан өткерген ауулары: 2015 жылы кіндіктік жарық бойынша операция жасалынған.
- Зиянды әдеттері: жоқ
- Тұқымқуалаушылық: анасында ҚД.
- Эпидемиологиялық анамнез: етті бөлуге қатыспады, шетелге шықпаған, ірі және кіші қара мүйізділермен қарым-қатынаста болмаған.
- Гинекологиялық анамнез: Ж4, Б2, Т2
- Экспертті анамнез: мүгедектік 3 топ
- Аллергологиялық анамнез: тыныш

Объективті қарау

- Жалпы жағдайы орташа ауырлықты дәрежеде, терілік, буындық синдромдармен және интоксикациямен байланысты. $t - 37,3^{\circ}\text{C}$. Тері жамылғысы қалыпты түстес, балтыр аймағында теріде геморрагиялық қоспамен некроз байқалады және серозды-геморрагиялық бөліндімен. Жара шеттері инфильтрацияланған. Шеткері лимфа түйіндері ұлғаймаған. Аңқасы қызарған.
- Сүйек-буын жүйесі: сирақ-табан және табан-башпай буынында периартикулярлы ісік.
- Тыныс алу жүйесі: кеуде клеткасы цилиндр формалы, екі жақта симметриялы қатысады тыныс алуға. Перкуссия ашық өкпелік дыбыс, тыныс везикулярлы, сырылдар жоқ. ТАЖ-17 р/м.
- Жүрек-қан тамыр жүйесі: жүрек аймағы визуалды өзгермеген,. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс. АҚ 140/90 мм.сын.бағ., пульс 100, ЖЖЖ-100 р/м.
- Асқазан-ішек жолдары: іші пальпацияда жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Нәжісі іш қатуға бейім.
- Зәр шығару жүйесі: ұрғылау сипмтомы екі жақты теріс. Зәр шығару еркін, ауырсынусыз.

Науқасты объективті қарау кезінде жасалынған фото деректер



Лабораторлы зерттеу нәтижиелері

- Коагулограмма түскен кездегі: АЧТВ - 33,0 ; фибриногена - 9,84г\л ; ПВ - 15,2 секунд; ПТИ - 66 ; МНО - 1,33
- Коагулограмма шыққан кездегі: ПВ - 14,2 секунд; ПТИ - 72 ; МНО - 1,26 ; B04.149.002 АЧТВ- 34,0
- Биохимический анализ: общий белок - 62г\л мг/л; АЛаТ - 28u\l мг/л; прямой билирубин - 9,7 ммоль\л мг/л; общий билирубин - 26,0ммоль\л ; АСаТ - 15u\l мг/л; К - 3.68ммоль\л мг/л; Na - 138,2ммоль\л мг/л; общий холестерин - 3,5ммоль\л мг/л; мочеви́на - 5,0ммоль\л мг/л; креатинина - 0,06ммоль\л мг/л; СРБ - 41,3 мг/л; РФ- 43,0 мг/л
- ОАК түскен кездегі: СОЭ - 64 мм/ч; Палочкоядерные нейтрофилы - 7 %; Лимфоциты - 15 %; Моноциты - 6 %; Сегментоядерные нейтрофилы - 71 %; Эозинофилы - 1 %;; Гемоглобин (HGB) - 138 г/л; Лейкоциты (WBC) - 19,49 x109/л; Тромбоциты (PLT) - 192 x109/л; Эритроциты (RBC) - 4,76 x1012/л
- ОАК шыққан кездегі: СОЭ - 69 мм/ч; Палочкоядерные нейтрофилы - 4 %; Сегментоядерные нейтрофилы - 73 %; Эозинофилы - 1 %; Моноциты - 4 %; Лимфоциты - 18 %; Анизоцитоз эритроцитов (RDW) - - ; Базофилы - - %; Гемоглобин (HGB) - 124 г/л; Эритроциты (RBC) - 4,2 x1012/л; Лейкоциты (WBC) - 17.41 x109/л; Тромбоциты (PLT) - 248 x109/л
- ОАМ: Кол-во - 120 г; Цвет - желт. ; Плоский эпителий - 2-3 в п.з.; Прозрачность - проз. ; Реакция (Ph) - 5 ; Слизь - - ; Белок - - г/л; Глюкоза - 0 ммоль/л; Относительная плотность - 1015 ; Переходный эпителий - - ед в п.з.; Соли и другие элементы (какие, количество) - - ; Цилиндры галиновые - - ед в п.з.; Цилиндры зернистые - - ед в п.з.; Эритроциты неизмененные - - ед в п.з.; Лейкоциты (WBC) - 1-3 x109/л
- Определение Ig М к HBcAg вируса гепатита В в сыворотке крови ИФА-методом HBcAg IgM - Отсутствует ; Суммарные антитела к вирусу гепатита С - Присутствует

Инструментальды зерттеу нәтижелері

- **УЗДГ артерий нижних конечностей**
Заключение: Уплотнение, утолщение стенок сосудов артерий нижних конечностей
- **УЗИ гепатобилиопанкреатической области (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка)**
Заключение: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.
- **Видеоэзофагогастродуоденоскопия**
Заключение: Эрозивный рефлюкс-эзофагит. Функциональная недостаточность кардии. Антральный эрозивный гастрит. Эрозивный бульбит. Выраженный дуоденит. Признаки паразитоза.
- **УЗИ почек**
Заключение: Уплотнение ЧЛС почек.

Мамандар кеңесі

Оториноларинголог: созылмалы
тонзилит,
компенсирленген
формасы, толық
емес ремиссии



Гинеколог:
Гинекологиялық
тұрғыдан сау.



Инфекционист: Сібір
жарасын теріске
шығарамын



Клиникалық диагноз және оны негіздеу

Негізгі: Геморрагиялық васкулит, тері-буындық түрі, орташа ауырлық дәрежесі.

Қосалқы: Артериальды гипертензия 2 дәрежелі, қауіп 2.

- **Геморрагиялық васкулит**- микроциркуляторлы ағымдағы тамырлардың жүйелік асептикалық қабынуы, геморрагиялық бөртпе көріністері, тері және буындық жүйенің қабынуы.
- **Орташа ауырлық дәрежесі** – буындық және терілік синдромның айқындылығына байланысты.

Жүргізілген ем

- Режим 2а – жартылай төсектік, Диета №9
- Диклоген, Раствор, 75мг/3мл (3мл, Внутримышечно) (1 р/д 1 д.);
- Пентоксифиллин, Раствор, 2% (5мл, Внутривенно(капельно)) (1 р/д 7 д.);
- Преднизолон, Раствор, 30 мг/мл (90мл, Внутривенно (капельно)) (1 р/д 3 д.);
- Ревмоксикам®, Раствор, 1 % (1.5мл, Внутримышечно) (1 р/д 3 д.);
- Омепразол, Капсулы, 20 мг (20мг, Орально) (2 р/д 5 д.)
- Цеф III®, Порошок, 1 г (3.5мл, Внутривенно) (2 р/д 6 д.);
- Цефазолин, Порошок, 1 г (1000мг, Внутривенно) (2 р/д 1 д.);
- Гепасан®, Раствор, 5000 МЕ/мл (1мл, Подкожно) (4 р/д 7 д.)

Бөлімшедегі динамикасы

- Жалпы жағдайы салыстырмалы қанағаттанарлық, динамикада ауырсыну және ісіну басылды аздап, ойық жара айналасында инфильтрация мөлшері азайды, жара түбі некротикалық жабындымен жабылған, айқын шекарамен қоршалған, дене температурасы қалыпқа келді, жалпы жағдайын өзі сезінуі жақсарды.

Клиникалық жағдайды талқылау

- Бұл клиникалық жағдайды алған себебім: Геморрагиялық васкулит жүйелі васкулиттер арасында жиі кездесетін патология болып табылады. Бұл барлық жас аралығында кездеседі, жиі 16 жасқа дейінгі балаларда 6,2–70,3 жағдай 100000 тұрғынға шаққанда. Ал ересектерде айтарлықтай сирек 0,8–1,3 жағдай 100000 шаққанда кездеседі. Жетекші клиникалық көріністері ретінде эритематозды және папулезді бөртпе 100% жағдайда, артрит артралгиялармен – 82%, кеңінен таралған абдоминальды синдром – 63% және гломерулонефрит – 40%. Бұл ересектер арасында сирек кездесетіндігі және науқаста клиникасының атипті түрде өтуі мені қызықтырды.
- Менің қызықты жағдай ретінде алып отқан науқасыда геморрагиялық васкулит симптомдарының айқындылығы жоғары есебінен геморрагиялық бөртпелердің трофикалық ойық жараға ұласып кеткені анықталды. Дәл осы жағдай науқасқа клиникалық диагноз қою кезінде қиындықтар туғызды, яғни бұл тұрғыда «сібір жарасына» күдік туған болатын, алайда дертті мүмкін диагноздар қатарынан шығарғаннан кейін, науқасты оториноларинголог маман қарағаннан кейін «созылмалы тонзилит» деп қорытынды берді, бұл жағдай өз кезегінде жүйелік васкулиттер арасында дифференциальды диагностика жасауға, атап айтқанда гранулематоз полиангиитпен (Вегенера).

Пайдаланылган әдебиеттер

- Ревматические заболевания. Под ред. Дж.Х. Клиппела, Дж.Х. Стоуна, Л.Дж. Кроффорд, П.Х. Уайт, 2012г.
 - Ревматология, Под ред. Н.А. Шостак, 2012г.
 - Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход,Пайл К., Кеннеди Л. Перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак, 2011г.
 - Вест С.Дж. - Секреты ревматологии, 2008г.
 - Ревматология: национальное руководство/ под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 г. – 720.
 - Бекетова Т.В. Под ред Насонова Е.Л. АНЦА-ассоциированные системные васкулиты. Москва, 2015. 48 стр.
 - Васкулиты. Гринштейн Ю.И., Красноярск: ИПК "Платина", 2003., 224 с.
 - Клинические протоколы МЗ РК – 2016: Системные васкулиты
 - Giles Walters , Narelle S Willis and Jonathan C Craig. Interventions for renal vasculitis in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. Online Publication Date: September 2015. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003232.pub3/full>
 - Deirdre Hahn , Elisabeth M Hodson , Narelle S Willis and Jonathan C Craig. Interventions for preventing and treating kidney disease in Henoch-Schönlein Purpura (HSP). Cochrane Database of Systematic Reviews. Online Publication Date: August 2015. Available from: [Педиатр Rheumatol Онлайн Ж.](#) 2018 4 Сентября;16(1):54. doi: 10.1186 / s12969-018-0270-9В
- случае пурпура Шенлейна-Геноха с дилатационной коронарных артерий.**
[Национальный центр Информации В Области Биотехнологии, США Национальная библиотека медицины](#)