УДК 616-056.3+613.95

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА П'ЯТИРІЧНИЙ ПЕРІОД (2005-2009 РР.)

О.В.Пастух[1], Л.В.Лопуляк[1], І.Б.Парандій[1], Г.С.Бенько[1], А.М.Дутчак[2], О.А.Голодних[2], О.В.Урбась[2]

[1]Івано-Франківська обласна дитяча лікарня

[2]Івано-Франківський національний медичний університет

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ИВАНО-ФРАНКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (2005-2009 ГГ.)

О.В.Пастух[1], Л.В.Лопуляк[1], И.Б.Парандий[1], Г.С.Бенько[1], А.М.Дутчак[2], О.А.Голодних[2], О.В.Урбась[2]

[1]Ивано-Франковская областная детская больница

[2]Ивано-Франковский национальный медицинский университет

DYNAMICS OF INDEXES OF MORBIDITY AND MEDICAL CARE TO THE CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES IN IVANO-FRANKIVSK REGION FOR FIVE-YEAR PERIOD

O.V.Pastukh, L.V.Lopulyak, I.B.Parandiy, G.S.Benko, A.M.Dutchak, O.A.Golodnykh, O.V.Urbas

[1]Ivano-Frankivsk Regional Children`s Hospital

[2]Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Протягом 2005-2009 років у Івано-Франківській області збільшилась захворюваність на алергічні захворювання від 0,91% до 1,53% відповідно, за рахунок дерматитів (44%) та бронхіальної астми (31%). Відстає від загальнодержавних показників діагностика алергічного риніту (1,1-1,3‰ проти 2,22‰), а поширеність бронхіальної астми в області свідчать про її гіподіагностику, над чим необхідно працювати первинній педіатричній ланці. За звітній період найбільша частота звернень до алерголога стосується кропив'янки від 2,2% до 43,7% та алергічних реакцій (харчова, медикаментозна) від 4,8% до 10,0 %. В області спостерігається зниження рівня вперше виявленої інвалідності, зокрема бронхіальної астми. У зв'язку з недостатньою обізнаністю дільничних педіатрів районів з алергологічною патологією діти з різними формами АЗ тривало лікуються у пульмонолога, отоларинголога чи шкір дерматолога. В результаті формується поліалергія чи високий ступінь сенсибілізації, коли призначення специфічного лікування є неможливим, або воно дає мінімальні результати.

Ключові слова: алергологічна служба, аналіз роботи, діти.

Резюме. В течение 2005-2009 годов в Ивано-Франковской области увеличилась заболеваемость на аллергические заболевания от 0,91% до 1,53% соответственно, за счет дерматитов (44%) и бронхиальной астмы (31%). Отстает от общегосударственных показателей диагностика аллергического ринита (1,1-1,3‰ против 2,22‰), а распространенность бронхиальной астмы в области свидетельствуют о ее гиподиагностике, над чем необходимо работать первичному педиатрическому звену. За отчетный период наибольшая частота обращений к аллергологу касается крапивницы от 2,2% до 43,7% и аллергических реакций (пищевая, медикаментозная) от 4,8% до 10,0 %. В области наблюдается снижение уровня впервые обнаруженной инвалидности, в частности бронхиальной астмы. В связи с недостаточной осведомленностью участковых педиатров районов с аллергологической патологией дети с разными формами АЗ длительно лечатся у пульмонолога, отоларинголога или кож дерматолога. В результате формируется полиалергия или высокая степень сенсибилизации, когда назначение специфического лечения является невозможным, или оно дает минимальные результаты.

Ключевые слова: аллергологическая служба, анализ работы, деть.

Summary. During 2005-2009 years in the Ivano-Frankivsk area morbidity increased on allergic diseases from 0,91% to 1,53% accordingly, due to dermatitises (44%) and bronchial asthma (31%). Diagnostics of rhinallergosis (1,1-1,3‰ against 2,22‰) falls behind from national indexes, and prevalence of bronchial asthma in area of is testified to her hypodiagnostic, above what it is necessary to work to the primary pediatric link. After current period most frequency of references to the allergist touches hives from 2,2% to 43,7% and allergic reactions (food, medicinal) from 4,8% to 10,0 %. In area of is observed decline of level of the first educed disability, in particular bronchial asthma. In connection with the insufficient awareness of district paediatricians of districts with allergist pathology to put with the different forms of allergic diseases lasted treat oneself pulmonologist, otolaryngologist or dermatologist as a result of what поліалергія is formed or high degree of sensitization, when setting of specific treatment is impossible, or it gives minimum results.

Key words: allergist service, child, analysis of work.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Кінець XX і початок XXI-століття характеризуються значним зростанням поширеності алергічних захворювань (АЗ) у всьому світі. На думку декотрих спеціалістів світу, в наш час алергія набула характеру світової епідемії [1]. Практично у кожної третьої дитини констатуються різні прояви алергічних реакцій [1, 3]. Частіше це шкірні алергічні прояви – атопічні дерматити (АД) різноманітного ґенезу, пов'язані з багатьма причинами - від швидкого переходу на штучне вигодовування дітей 1-го року життя до вживання продуктів з генетично-модифікованими складниками у старших дітей [2, 4]. АД у структурі всіх АЗ займає до 50-60% за даними міжнародної статистики [2, 4, 5].

Спостерігається збільшення частоти поширеності бронхіальної астми (БА) від 0,4% до 2% у всьому світі. Гіпотезами, які пояснюють ріст частоти БА у всіх вікових групах, включає: збільшення дії повітряних полютантів всередині житла, пов'язане з особливостями будівельних матеріалів і рециркуляції повітря; підвищення вмісту у повітрі диоксиду азоту та інших розріджених газів, дія алергенів (особливо кліщів домашньої пилюки, грибків, алергенів тварин, прусаків); збільшення частоти ранньої захворюваності респіра-

торними вірусними інфекціями; виживання недоношених дітей з хронічними захворюваннями дітей; покращання діагностики БА. Відзначається ріст чисельності дітей раннього віку, хворих БА. Збільшується відсоток дітей з тяжкою формою БА [1, 3].

Аналогічні процеси характерні, загалом, і для нашої країни [3]. Однак, опираючись на дані офіційної статистики, можна припустити, що ситуація у державі є складнішою. З позиції алергології Україна має свої особливості:

- зосередженість спеціалістів – алергологів виключно у обласних центрах призводить до малодоступності надання алергологічної допомоги сільському населенню;
- різноманітність «хімічного навантаження» навколишнього середовища у різних регіонах країни, і, зокрема, внутрішньорегіонально;
- несвоєчасне виявлення хворих з АЗ, так як часто дана група дітей лікується у пульмонолога, шкірвенеролога чи отоларинголога;
- неможливість проведення аплікаційного алерготестування у дітей до 5-ти років та висока вартість визначення сироваткових специфічних алергенів призводить до зростання АЗ у дітей цієї вікової групи;
- недосконалість системи фармацевтичного маркетингу, безконтрольне і неправильне лікування в амбулаторних умовах різних проявів АЗ призводить до нетипового протікання їх і, як наслідок, значного поширення медикаментозної алергії.

Такі ж особливості характеризують й алергологічну службу з надання допомоги дитячому населенню Івано-Франківської області

Мета дослідження: вивчити динаміку показників захворюваності на АЗ у дітей та критерії ефективності діяльності алергологічної служби з надання допомоги дитячому населенню Іван-Франківської області за п'ятирічний період.

Матеріал і методи

Дослідження проводились на базі Івано-Франківської області. Вивчали захворюваність та показники медичної допомоги дітям з АЗ за даними звітів про стан алергологічної допомоги дитячому населенню Івано-Франківської області за 2005-2009 роки. Обробка отриманих даних проводилась за допомогою стандартного пакету статистичних програм для MS Excel.

Результати та їх обговорення

В Івано-Франківській області дітям з алергічною патологією надається планова і ургентна медична допомога в амбулаторіях, дитячих консультаціях, в дитячому стаціонарі Калуської ЦРЛ, алергологічному кабінеті ОДКП та міській дитячій поліклініці (МДП), а також в алергологічному відділенні ОДКЛ, де функціонує 25 алергологічних ліжок, і в МДКЛ 10 алергологічних ліжок.

В інших районах області диспансерний нагляд за дітьми з алергологічною патологією ведуть дільничні педіатри та позаштатні дитячі районні алергологи. В основному спостерігаються діти з БА, респіраторними алергозами та алергічним ураженням шкіри. Діти з шкірними проявами алергії спостерігаються також у дерматологів. Випадають з поля зору спеціаліста діти на ранніх стадіях полінозу, побутових алергій, з рецидивуючими обструкціями бронхів без встановленої етіології, а саме ці діти поповнюють диспансерну групу алерголога.

Захворюваність дітей Івано-Франківської області на АЗ збільшується з кожним роком. Так за звітній період частка цих хвороб в дитячій популяції коливається від 0,91% у 2005 році до 1,53% у 2009 році. Як видно з рис.1 в структурі АЗ протягом 2005-2009 років провідне місце займають АД (44%) та БА (31%). Немалу частку становить і цілорічний алергічний риніт (21%), який при несвоєчасному і неправильному лікуванні можу трансформуватись в БА.

В динаміці за 5 років показники захворюваності на різні види АЗ зросли в деяких випадках більше, ніж у 2 рази (рис.2). Так, випадки діагностування полінозу зросли від 0,25% у 2005 році до 0,74% у 2009 році. Зросла питома вага і цілорічного риніту від 1,89% у 2005 році до 3,14% у 2009 році. Констатується поступове наростання захворюваності на БА від 3,56% до 6,29%.

Після декотрої стабілізації показника захворюваності на АД у 2006-2007 роках в подальшому спостерігається збільшення його до 5,17% у 2009 році. Щорічні коливання даного показника за звітній період не дозволяють прогнозувати тенденцій його подальшого розвитку. Але в дану групу захворювань входять і різні види гострих алергічних реакцій (кропив'янка, набряк Квінке, медикаментозна алергія, синдроми Лайєла та Стівенса-Джонсона), які прогностично є несприятливими.

Розглядаючи показники динаміки захворюваності БА в різних районах області (рис. 3) бачимо, що є ріст захворюваності у м. Івано-Франківську, м. Болехові, Богородчанському, Тисменецькому, Калуському, Долинському, Рожнятівському районах. Найнижча поширеність БА є у м. Яремча, Надвірнянському, Верховинському, Рогатинському, Городенківському, Снятинському, Тлумацькому районах. Тоді як низьку захворюваність на бронхіальну астму в м. Яремче та Верховинському районі можна пояснити тим, що дані райони є регіонами Карпатських гір і найбільш екологічно чисті в Івано-Франківській області, то низькі показники поширеності БА в - Рогатинському (2,3%), Городенківському (2,8%), Тлумацькому (3,1%), Снятинському (2,9%), Надвірнянському (1,8%) районах слід трактувати як недостатнє виявлення даної патології в цих районах.

Так, на диспансерному обліку з приводу БА у віковій групі до 14-ти років протягом звітного періоду перебуває все більша кількість дітей: показник поширеності склав від 4,5% у 2005 році, залишався стабільним до 4,8% протягом 2006-2008 рр. та зріс до 5,2% у 2009 році. Оскільки середньо державний показник поширеності бронхіальної астми в 2008 році становив - 5,2%, то наведені дані про поширеність бронхіальної астми в нашій області, враховуючи щорічний ріст алергічної патології скоріше за все свідчать про її гіподіагностику, над чим необхідно працювати первинній педіатричній ланці – дільничним педіатрам з виявлення та диспансеризації даної патології та алергологічній службі області

Відповідають середньодержавному показнику поширеності БА у 2009 році в м. Болехові (5,8%), Калуському (6,3%) та Долинському (5,2%) районах.

Наступним АЗ, яке потребує уваги, є АД, частота якого за останні роки значно зростає у всіх районах області (рис.4). Розглядаючи показники динаміки захворюваності АД за 2005-2009 роки бачимо, що особливий ріст захворюваності спостерігається у таких районах, як Калуський 2,8-16,7%, Тисьменецький 1,05 -13,7%, Косівський 5,6-11,8%, Надвірнянський 1,0-8,3%, Долинський 0,6-8,0%, м. Болехів 0,8-7,7%, м. Івано-Франківськ 1,2-5,5%. Атопічні дерматити, особливо які формуються на 1-ому році життя, створюють немалий прошарок дітей, у яких в подальшому є ризик виникнення АЗ чи інших імунних реакцій, що безпосередньо не будуть пов'язані із справжньою алергією. Дана проблема потребує детального вивчення ретроспективних даних і є прогностично несприятливою.

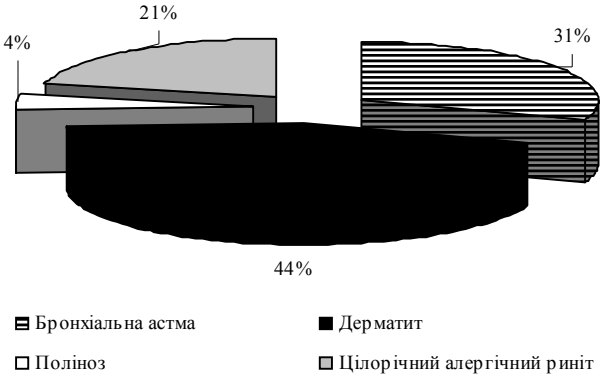


Рис.1. Структура АЗ у дітей Івано-Франківської області

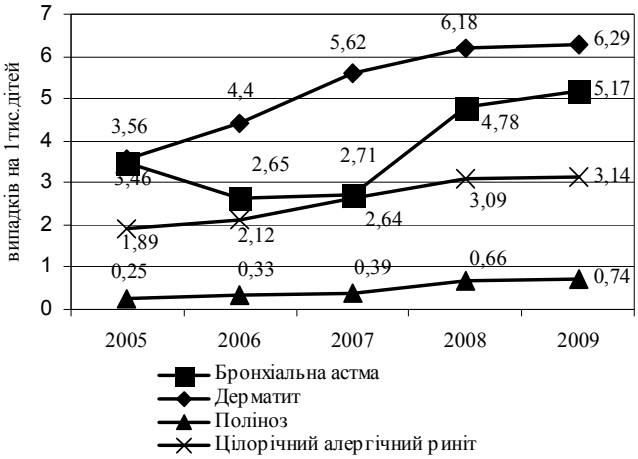
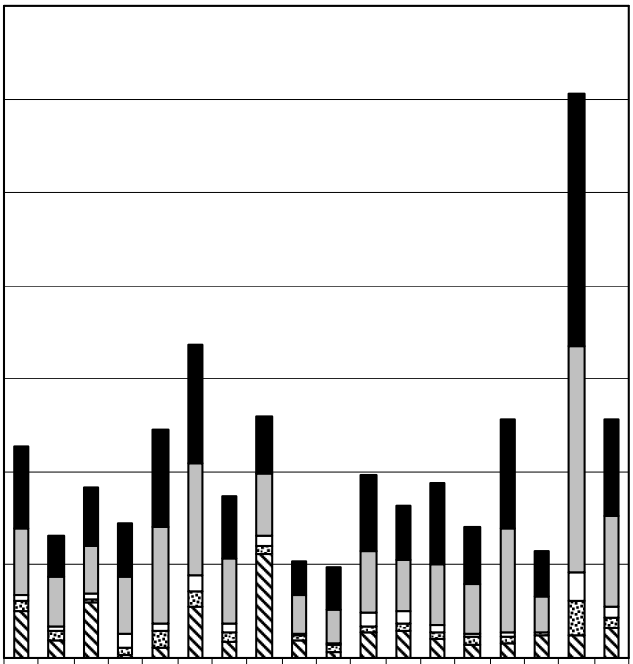
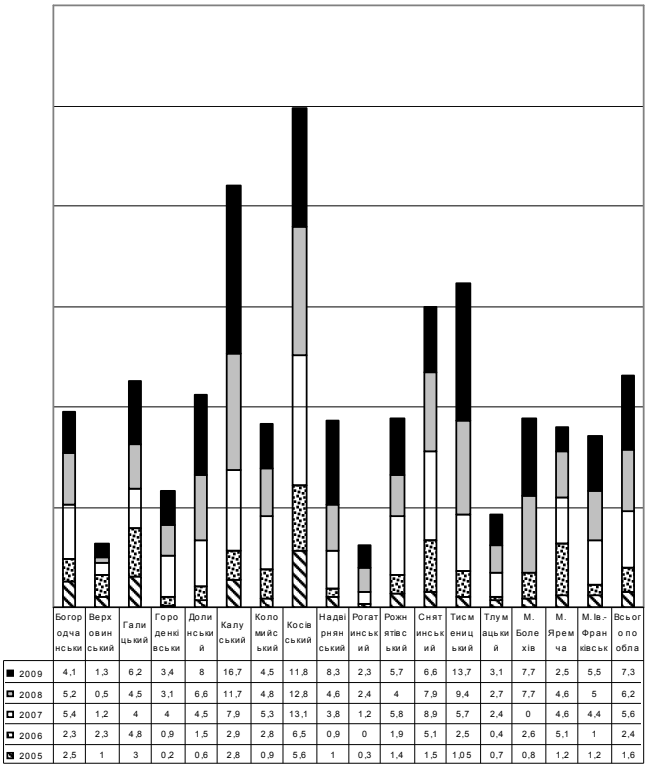


Рис.2. Динаміка показників захворюваності дітей на АЗ у Івано-Франківській області за 2005-2009рр.



	Богородчанський	Верховинський	Галицький	Городенківський	Долинський	Калуський	Коломийський	Косівський	Надвірнянський	Рогатинський	Рожнятівський	Снятинський	Тисменицький	Тлумацький	М. Болехів	М. Ярема	М.Ів.-Франківськ	Всього по облас
2009	4,4	2,2	3,2	2,8	5,2	6,3	3,3	3,1	1,8	2,3	4	2,9	4,4	3,1	5,8	2,5	13,6	5,2
2008	3,6	2,7	2,5	3,1	5,2	6	3,5	3,3	2,1	1,8	3,4	2,8	3,3	2,7	5,6	1,9	12,1	4,8
2007	0,3	0,2	0,3	0,7	0,4	0,9	0,5	0,6	0,1	0,1	0,7	0,6	0,4	0,2	0,3	0	1,5	0,6
2006	0,6	0,5	0,2	0,4	0,9	0,8	0,5	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	1,9	0,6
2005	2,5	1	3	0,2	0,6	2,8	0,9	5,6	1	0,3	1,4	1,5	1,05	0,7	0,8	1,2	1,2	1,6

Рис.3. Динаміка захворюваності БА по районах Івано-Франківської області за п'ятирічний період



	Богородчанський	Верховинський	Галицький	Городенківський	Долинський	Калуський	Коломийський	Косівський	Надвірнянський	Рогатинський	Рожнятівський	Снятинський	Тисменицький	Тлумацький	М. Болехів	М. Ярема	М.Ів.-Франківськ	Всього по облас
2009	4,1	1,3	6,2	3,4	8	16,7	4,5	11,8	8,3	2,3	5,7	6,6	13,7	3,1	7,7	2,5	5,5	7,3
2008	5,2	0,5	4,5	3,1	6,6	11,7	4,8	12,8	4,6	2,4	4	7,9	9,4	2,7	7,7	4,6	5	6,2
2007	5,4	1,2	4	4	4,5	7,9	5,3	13,1	3,8	1,2	5,8	8,9	5,7	2,4	0	4,6	4,4	5,6
2006	2,3	2,3	4,8	0,9	1,5	2,9	2,8	6,5	0,9	0	1,9	5,1	2,5	0,4	2,6	5,1	1	2,4
2005	2,5	1	3	0,2	0,6	2,8	0,9	5,6	1	0,3	1,4	1,5	1,05	0,7	0,8	1,2	1,2	1,6

Рис. 4. Динаміка захворюваності АД по районах Івано-Франківської області за п'ятирічний період

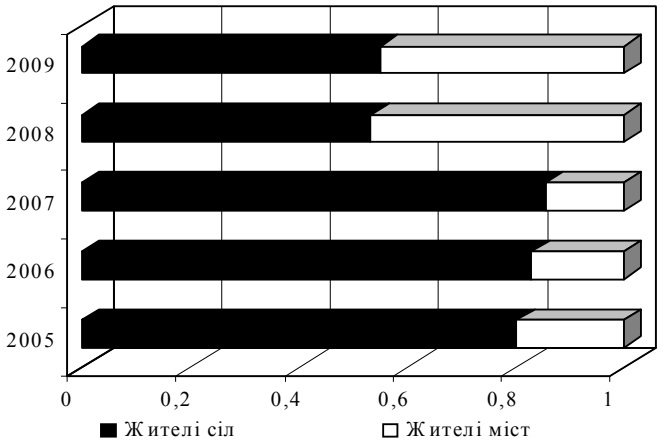


Рис.5. Динаміка контингенту хворих у алергологічному відділенні ОДКЛ за п'ятирічний період

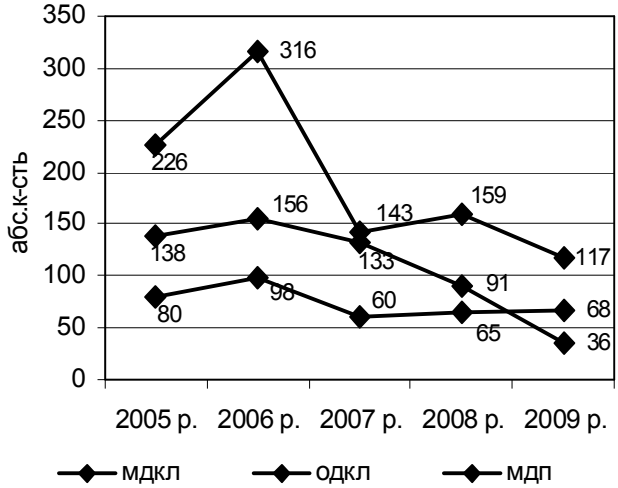


Рис.6. Динаміка проведення шкірної алергодіагностики в закладах Івано-Франківської області за трирічний період

Найбільша частота звенень до алерголога в районах області констатується у м. Ів.-Франківську - до 20,3%, Тисменицькому районі - до 13,6%, Калуському районі - до 10,8%, Коломийському районі - до 9,7% та Богородчанському районі -до 8,6%. А найменша частота звертань до алерголога є у м. Яремча (0,7%) та у більш віддалених регіонах: Верховинському (0,8%), Городенківському(1,4%), Снятинському (2,0%), Рогатинському (2,1%) і Косівському (2,1%).

За звітний період найбільша частота звернень за медичною допомогою до алерголога з тенденцією до достовірного зростання стосується кропив'янки від (2,2% до 43,7%) та алергічних реакцій (харчова, медикаментозна) від 4,8% до 10,0 %. Даний факт вказує на несприятливість щодо поширення цих алергічних станів, які пов'язані, особливо, з факторами дії навколишнього середовища. За іншими нозологічними одиницями спостерігається більш стабільні статистичні дані: по БА від 31,3% до 28,7%, алергозам (побутові алергії) від 21,9 % до 14,4%, полінозу від 5,6% до 4,8%, атопічному дерматиту від 21,2% до 23,2%.

Провівши аналіз роботи алергологічного стаціонару ОДКЛ констатовано зменшення кількість дітей, які проживають у сільській місцевості (рис.5). Так, якщо протягом 2005-2007 років показник складав більше 80%, то у 2008-2009 роках – 53,2-55,1% відповідно.

На консультацію до алерголога з районів області направляються діти з метою уточнення діагнозу, більш повного обстеження III рівня надання медичної допомоги, проведення шкірного алерготестування та специфічної імунотерапії алергенами, а також для корекції лікування, призначеного в районі. Враховуючи, що функції позаштатних районних алергологів виконують лікарі-педіатри, що не мають спеціалізації з дитячої алергології, необхідно впровадити більш ширше направлення на консультацію до спеціаліста алерголога дітей з районів області.

У зв'язку з недостатньою обізнаністю дільничних педіатрів районів з алергологічною патологією діти з полінозами, побутовими алергіями, кропивницями, алергічними дерматитами випадають з поля зору і часто по кілька років лікуються у пульмонолога (рецидивуючі обструкції бронхів, риносинусопатії, які часто пов'язані з грибковою сенсибілізацією), отоларинголога (весняно-літні катари), у шкір-дерматолога (харчові та побутові алергії), а до алерголога звертаються через кілька років, коли сформована поліалергія, або з високим ступенем сенсибілізації організму, коли призначення специфічного лікування є неможливим, або воно дає мінімальні результати. Особливо на це треба звернути увагу лікарям Надвірнянського, Городенківського, Снятинського, Рогатинського районів.

Летальних випадків від алергічних захворювань і, зокрема, від бронхіальної астми у дітей в Івано-Франківській області протягом звітного періоду не було.

Важливим критерієм правильності проведеного лікування та своєчасного виявлення ранніх проявів захворюваності є рівень інвалідності населення, який вказує на якість життя дитини. Спостерігається зниження рівня вперше виявленої інвалідності, зокрема за БА: від 0,7‰ та 0,8‰ у 2005-2006рр. до 0,5‰ у 2009році. Це доводить і те, що рідше стали діагностуватися первинно тяжкі форми БА та проводиться кваліфіковане протирецидивне лікування.

У зв'язку з переводом дітей-підлітків з дорослої вікової групи в дитячу, одним з принципових показників медичної служби є динаміка захворюваності цих дітей під час перебування на диспансерному спостереженні. За звітний період спостерігається позитивна тенденція щодо зменшення чисельності дітей-підлітків протягом періоду диспансеризації. Особливо це стосується алергічних ринітів (зниження захворюваності на 42,9%) та АД (на 41,2%). По БА зниження показників спостерігається тільки на 29,8%. Це призводить до того, що значна частина дітей продовжує хворіти в дорослому віці, і вказує на задовільну якість життя молодого покоління. На диспансерному обліку у обласного дитячого алерголога знаходяться діти з тяжкими формами бронхіальної астми та діти, що хворіють на поліноз та побутову алергію і отримують специфічну імунотерапію алергенами. Слід знову звернути увагу районних педіатрів та дільничних педіатрів на недостатнє направлення дітей диспансерної групи до алерголога ОДКП.

Одним із методів діагностики АЗ, зокрема специфічної сенсибілізації, є шкірна алергодіагностика [3]. За звітний період (рис. 6) спостерігається зменшення застосування цього методу у зв'язку з тим, що значно зростає роль методу визначення специфічних сироваткових IgE, який можна здійснити і в гострому періоді АЗ, і немає вікових обмежень. Але, все ж таки, завдяки низькій вартості та державному забезпеченню, метод шкірної алергодіагностики залишається актуальним у діагностиці причинно-значимих алергенів.

Впроваджується застосування специфічної імунотерапії як методу протирецидивного лікування. За звітній період зростає частка дітей, яким проводиться дане лікування (72 дитини у 2009р), після декотрого зменшення застосування (39 – 45 дітей відповідно у 2007-2008 рр).

Захворюваність на алергію підвищується разом зі змінами як оточуючого середовища, так і змінами способу життя людей. Проблема АЗ не може не цікавити лікарів різних спеціальностей, які на практиці майже щоденно стикаються з цією патологією. Тому лікування алергії повинно бути одним із пріоритетних завдань медицини [2, 3, 5].

Висновки

1. Протягом 2005-2009 років у Івано-Франківській області збільшилась захворюваність дітей на алергічні захворювання від 0,91% до 1,53% відповідно за рахунок дерматитів (44%) та бронхіальної астми (31%).

2. Відстає від загальнодержавних показників діагностика алергічного риніту (1,1-1,3% проти 2,22%), а поширеність бронхіальної астми в області свідчать про її гіподіагностику, над чим необхідно працювати первинній педіатричній ланці.

3. Спостерігається достовірне зростання випадків звертання за невідкладною алергологічною допомогою дітей з кропив'янкою (2,2%-43,7%) та алергічними реакціями (харчовою, медикаментозною) (4,8%-10,0 %).

4. Сільське населення не отримує повноцінної алергологічної допомоги через віддаленість спеціалізованих кабінетів.

5. Незважаючи на наявність вітчизняних алергенів, низьким залишається охоплення хворих специфічними методами діагностики та лікування.

6. Функціональна діагностика БА недосконала із-за відсутності матеріальної бази.

7. В області спостерігається зниження рівня вперше виявленої інвалідності, зокрема по бронхіальній астмі.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та впровадженні методів направлених на покращання надання алергологічної допомоги, особливо сільському населенню, забезпеченості більш доступною діагностичною базою.

Література

1. Аллергия – болезнь цивилизации: эпидемиология, факторы риска, этиология, классификация, механизмы развития //Лусс Л.В. Consilium Medicum.-2002.-Т.4,№4.-С.3-13.
2. Аряєв М.Л. Атопічний дерматит у дітей /Клименко В.А., Кожемяка А.І., Фьоклін В.О.-Київ, 2006.-88с.
3. Ласиця О.Л. Алергологія дитячого віку /Ласиця Т.С., Недельська С.М.-Київ: «Книга плюс», 2004.-368с.
4. M. Mohrenschlager Atopic eczema: what is new? [U. Darsow, C. Schnopp, J. Ring] /JEADV. – 2006.- Vol. 20. – P. 503 – 513
5. U. Darsow Position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis [J. Lubbe, A. Taieb et al.] /JEADV. – Vol. 19 – P. 286 – 295.

Одержано 29.03.2010 року.

УДК 616-071+616.132

КАРДІАЛЬНА “МАСКА” ІЗ ПСЕВДОКОРОНАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ СИНДРОМІ ГЗЕЛЛЯ-ЕРДГЕЙМА

Н.М.Середюк, М.М.Багрій, І.О.Михайлюк, В.Н.Середюк

Івано-Франківський національний медичний університет

КАРДИАЛЬНАЯ “МАСКА” С ПСЕВДОКОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ ГЗЕЛЛЯ-ЭРДГЕЙМА

Н.Н.Середюк, Н.Н.Багрий, И.А.Михайлюк, В.Н.Середюк

Ивано-франковский национальный медицинский университет

A CARDIAC “MASK” WITH PSEUDO-CORONARY INSUFFICIENCY IN HZELLYA-ERDGEYM’S SYNDROME

N.M.Serediuk, M.M.Bagrii, I.O.Mykhailiuk, V.N.Serediuk

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. У статті представлено фатальний випадок кістозного медіанекрозу аорти (синдрому Гзелля-Ердгейма) у чоловіка 63 років, який проявився клінікою гострого коронарного синдрому. За клінічними даними, підгрунтям даного синдрому був гострий інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка серця. Аутопсійним дослідженням встановлено, що основою даного синдрому був крововилив у стінку грудної аорти з розривом зовнішньої оболонки у висхідній частині та тампонадою серця.

Ключові слова: синдром Гзелля-Ердгейма, медіанекроз аорти, хвороби аорти.

Резюме. В статье представлен фатальный случай кистозного медианекроза аорты (синдрома Гзелля-Эрдгейма) у мужчины 63 лет, который проявился клиникой острого коронарного синдрома. По клиническим данным, причиной данного синдрома был острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка сердца. Автопсийним исследованием установлено, что основой данного синдрома было кровоизлияние в стенку грудной аорты с разрывом внешней оболочки в восходящей части и тампонадой сердца.

Ключевые слова: синдром Гзелля-Эрдгейма, медианекроз аорты, болезни аорты.

Summary. A fatal case of cystic medianecrosis of aorta (the Hzellya-Erdgeym’s syndrome) is presented in article at man of 63 years, which was shown clinic of sharp coronal syndrome. On the clinical data, base of this syndrome was a sharp heart attack of myocardium of front wall of the left ventriculus of heart. By the obduction it is set, that basis of given syndrome was a hemorrhage in wall of pectoral aorta with ruption of external tunic in the ascending part and hemorrhage in pericardium.

Key words: Hzellya-Erdgeym’s syndrome, medianecrosis of aorta, diseases of aorta.

Розшарування й аневризми аорти відносяться до ургентної хірургічної патології. Поширеність розшарувань аорти має тенденцію до безперервного збільшення [1]. Хвороби аорти є надзвичайно різноманітними. Д. Д. Зербіно (2008) виділяє 5 основних груп патології аорти: нозологічна патологія аорти, синдромологічна патологія аорти (“другі” хвороби), вроджені вади переважно з ураження аорти, вроджені вади з можливим залученням аорти та травматична патологія аорти. Нозологічна патологія аорти за класифікацією Д.Д. Зербіно (2008) – це найчастіші хвороби аорти (аортит дуги (хвороба Такаясу), неспецифічний аортоартеріїт, медіанекроз аорти (синдром Гзелля-Ердгейма), атеросклероз аорти та сифілітичний мезаортит). Перші три нозологічні форми – це захворювання, при яких ураження аорти – основ-