

УДК 616.132 – 007.64

СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

*В.И.Дедуль, к.м.н, доцент**М.Г.Удот*

Гродненский государственный медицинский университет



*Дедуль Вацлав Иванович - к.м.н., доцент,
заведующий кафедрой факультетской
терапии ГГМУ.*

*Научные интересы: лечение хронической сердечной
недостаточности, артериальной гипертензии.*



*Удот Мария Григорьевна - зав. рентгенологическим
отделением 2-ой гор. клин. больницы.*

*Научные интересы: рентгенологическая диагностика
системных заболеваний сосудов.*

Приведен случай 10-летнего течения расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты.

Ключевые слова: аорта, аневризма, расслоение.

A case of 10-years course of dissecting aneurysm of chest aorta is described.

Key words: aorta, aneurysm, dissection.

В практической деятельности врач нередко встречается с острыми заболеваниями, требующими немедленной дифференциальной диагностики. К ним относится в первую очередь расслаивающая аневризма аорты. Являясь осложнением ряда заболеваний, она давно приобрела значение самостоятельной болезни.

Расслаивающая аневризма аорты встречается в 0,1 – 1,1% всех случаев летальных исходов [2, 6, 7]. На первом этапе расслоения аневризмы возможны 3 формы его течения: острое, ведущее к смерти в течение нескольких часов или 1 – 2 дней, подострое, когда заболевание протекает несколько дней или 2-3 недели, и хроническое, когда процесс развивается в течение нескольких месяцев [4]. По данным Hirst с соавтор. [8], в течение первой недели погибает 62% больных и в течение первого месяца – 80%. Расслаивание стенки аорты может несколько раз повторяться в интервалах времени разной продолжительности, составляющих даже несколько лет, до возникновения последнего

смертельного разрыва сосуда. В затяжных случаях смерть может наступить в результате недостаточности сердца или по другим внесердечным причинам [8, 9]. Прижизненная диагностика расслаивающей аневризмы аорты представляет значительные трудности [1, 2, 3, 4, 5 и др.]. Необходимость совершенствования раннего распознавания этого тяжелого заболевания продиктовано тем, что интенсивное консервативное лечение и активная хирургическая тактика увеличили возможность выживания больных.

Учитывая вышеизложенное, мы сочли необходимым привести случай прижизненной диагностики расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты, которая в дальнейшем приобрела хроническое течение.

Больная М., 58 лет, поступила в кардиологическое отделение 2-ой клинической больницы г.Гродно по направлению врача скорой помощи в 20⁴⁵ 26.05.93 г. с жалобами на резкую общую слабость, жгучего характера боли в верхней трети грудины,

иррадиирующие в левое плечо, шею, челюсть, тошноту, рвоту.

Около 20 лет страдает артериальной гипертензией с периодическими нейровегетативными кризами. Последние 10 лет наблюдается в кардиологическом диспансере по поводу ИБС: стенокардии напряжения ФК II. Без видимой причины около 18⁰⁰ 26.05.93 г. у больной внезапно возникли жесточайшие боли в области верхней части грудины с вышеуказанной иррадиацией, почувствовала головокружение, потеряла сознание. В бессознательном состоянии отмечался непроизвольный акт мочеиспускания и дефекации.

При поступлении общее состояние тяжелое. Гиперстенического телосложения. Кожные покровы, видимые слизистые бледноваты. Дыхание 22 в 1 мин. В легких с обеих сторон везикулярное дыхание, сердце аортальной конфигурации. При аускультации – I тон приглушен, акцент 2-го тона над аортой, выраженный систолический шум над основанием сердца, который приводится в межлопаточное пространство и вдоль позвоночника, единичные экстрасистолы. Пульс 102 удара в 1 мин. одинаков на обеих руках, аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. А-д 135/80 мм рт.ст.

Анализ крови: Эр. – 4,3 10¹²/л, Нв – 146 г/л, цв.к. – 1,0, л. – 12,2 10⁹/л, формула: п. – 7%, с. – 59%, лимф. – 28%, м. – 6%, СОЭ – 18 мм/час. Реакция Вассермана – отрицательная.

ЭКГ – ритм синусовый, левограмма, полная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

Наблюдавшими больную лечащими врачами проводилась дифференциальная диагностика между ИБС, прогрессирующей стенокардией напряжения, острым инфарктом миокарда, тромбэмболией легочной артерии, ревматическим пороком сердца. 1.06.93 г. осмотрена консультантом, который обратил внимание лечащих врачей на особенности болевого синдрома, появление нового симптома – чувство сдавления в горле, значительное расширение сосудистого пучка, отсутствие динамических изменений на ЭКГ. Было высказано предположение о расслаивающей аневризме восходящего отдела аорты.

Проведена рентгенография органов грудной клетки.

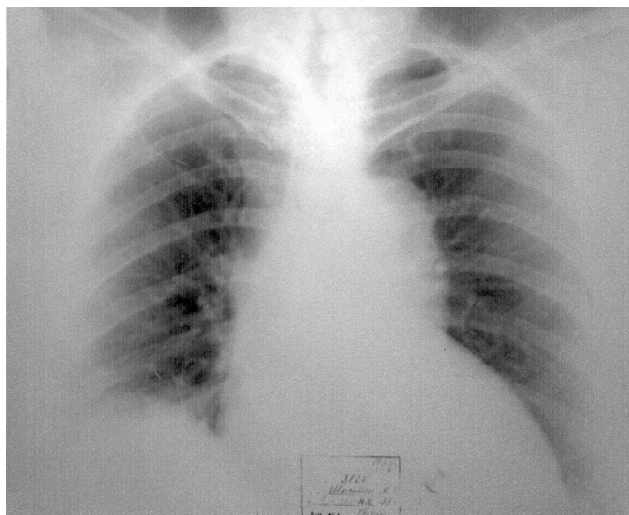


Рис. 1. Ro „-грамма № 3825 от 01.06.1993 г.”

Ro „-грамма № 3825 от 01.06.1993 г.” (рис. 1).

Легочный рисунок усилен с обеих сторон, четкость его снижена. Структурность корней легких несколько снижена. Положение куполов диафрагмы обычное, латеральные плевральные синусы свободны. Тень сердца аортальной конфигурации. Выбухает I – II дуга по левому контуру. Неравномерно уплотнена стенка дуги аорты.

Заключение. Р/г признаки гипертензии в малом круге кровообращения. Гипертрофия левого желудочка. Атеросклероз аорты. Р/г картина позволяет диагностировать аневризму грудного отдела аорты.

Диагноз аневризмы грудного отдела аорты был подтвержден и при эхокардиографическом исследовании.

В дальнейшем болевой синдром носил волнообразный характер, однако интенсивность его постепенно уменьшалась. С 28.05.93 г. у больной начала повышаться температура тела в пределах 37,2⁰ – 38,6⁰. Лихорадка в общей сложности продолжалась в течение 65 дней. Наряду с этим отмечалась нормохромная анемия, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 46 – 58 мм/час. Был заподозрен бактериальный тромбаорит, в связи с чем к гипотензивным, антиангинальным препаратам дополнительно назначены антибактериальные средства. При повторном рентгенологическом исследовании от 4.05.93 г. был выявлен левосторонний экссудативный плеврит. При пункции левой плевральной полости извлечено небольшое количество соломенно-желтого цвета мутноватой жидкости. Воспалительный характер пунктата под-

твержден лабораторным исследованием.

Состояние больной постепенно стабилизировалось. Выписана в удовлетворительном состоянии 11.08.93 г. на 78-й день от начала заболевания.

Клинический диагноз: Артериальная гипертензия III ст., риск 4. Атеросклероз аорты.

ИБС: стенокардия напряжения, ФК III, диффузный кардиосклероз.

Осложнения: расслаивающая аневризма грудного отдела аорты, хроническое течение, бактериальный тромбаортрит, левосторонний экссудативный плеврит.

Обследование повторно через 3,5 года (15.11.96 г.). Периодически ощущает боли сжимающего характера в верхней части грудины, которые иррадируют в левое плечо, шею; головные боли, преимущественно в левой височной области, головокружение, шум в голове.

Пульс 80 ударов в 1 мин., одинаков на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации сердца определяется ослабление 1-го тона, акцент 2-го тона, с металлическим оттенком над аортой, умеренно-выраженный систолический шум над основанием сердца.

Ro „- грамма № 10002” от 15.11.1996 г. (рис. 2).

Легочный рисунок обогащен с обеих сторон за счет линейных и множественных ортогональных проекций. Структурность корня левого легкого несколько снижена. Корень правого легкого не дифференцируется (скрыт за расширенной сердечной тенью). По правому контуру сердечной тени значительно выбухает верхняя дуга: удлинена, контур ее неровный, четкий; нижняя дуга справа укорочена. По левому контуру дуга аорты удлинена, развернута; стенка ее слоисто обызвествлена, талия сердца подчеркнута. IV дуга по левому контуру уплотнена; кардио-торакальный индекс 0,55.

Заключение. Гипертензия в малом круге кровообращения. Расслаивающая аневризма дуги

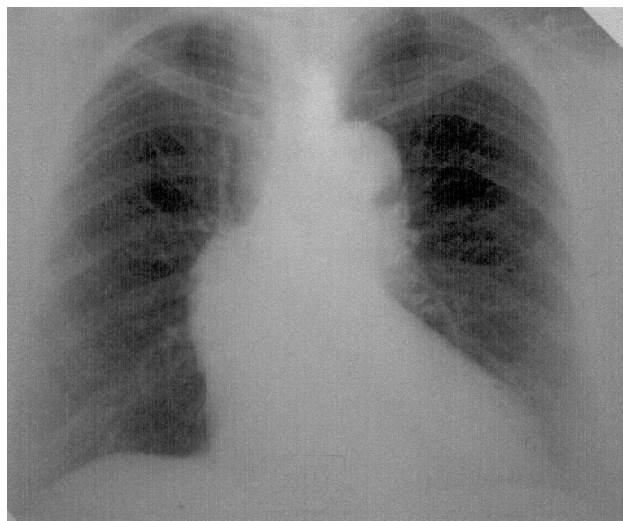


Рис. 2. Ro „- грамма № 10002” от 15.11.1996 г.

грудного отдела аорты.

В дальнейшем от обследования, стационарного лечения категорически отказалась. Наблюдатель участковым терапевтом, кардиологом. Продолжила принимать гипотензивные и антиангинальные препараты.

Больная внезапно умерла дома 15.02.03 г.

Приведенное наблюдение еще раз подтверждает возможность многолетнего течения расслаивающей аневризмы аорты, в связи с чем возникает необходимость разработки методики консервативного лечения этой категории больных.

Литература

1. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. 3-е изд. доп. и перераб. М.: мед. информ. агенство, 1999. – 590 с.
2. Гурвиц Т.В., Свет М.Я. Клинические варианты расслаивающей аневризмы аорты // Клиническая медицина. – 1976. – т.54, № 11. – С.88 – 91.
3. Дмитриев В.И. Клиника и диагностика расслаивающих аневризм аорты у лиц молодого и среднего возраста // Военно-мед. журнал. – 1980. - № 4. – С.48 – 52.
4. Петровский Б.В. Аневризма расслаивающая. – БМЭ. – т.1. – М., 1974.
5. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. – М.: Медицина, 1979. – 324 с.
6. Сененко А.Н., Дмитриев В.И. Расслаивающие аневризмы и разрывы аорты // Клиническая медицина. – 1978. – т.56 № 4. – С.73 – 79.
7. Смоленский В.С. Болезни аорты. – М.: медицина, 1964.
8. Hirst A.E., Johns V.J., Kine S.W. Dissecting aneurysm of the aortae // Medical. – 1958. -№ 37. –р. 217.
9. Ионаш Б. Клиническая кардиология / Пер. с чешского. – Прага, 1968. – 1001 с.