

УДК 616.132.1-06:616.24-002.5

©І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, Я.В. Кирилюк, Л.І. Білоус, Н.В. Дереш, Н.В. Корнага
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер

ВИПАДОК РОЗШАРУВАННЯ АНЕВРИЗМИ ДУГИ АОРТИ У ХВОРО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СТАЦІОНАРУ

ВИПАДОК РОЗШАРУВАННЯ АНЕВРИЗМИ ДУГИ АОРТИ У ХВОРО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СТАЦІОНАРУ – У статті приводиться випадок своєчасно діагностики розшарування висхідного відділу дуги аорти у хворо протитуберкульозного стаціонару.

СЛУЧАЙ РАССЛАИВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ ДУГИ АОРТЫ У БОЛЬНОЙ ПРОТИВТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СТАЦИОНАРА – В статье приводится случай своевременной диагностики расслоения восходящего отдела дуги аорты у больной противотуберкулезного стационара.

CASE OF STRATIFICATION OF ARC AORTA ANEURYSM AT SICK ANTITUBERKULOSIS PERMANENT ESTABLISHMENT – In the article the case of timely diagnostics of stratification of ascending department of aorta arc is presented at patient of antituberculosis permanent establishment.

Ключові слова: розшаровуюча аневризма аорти, туберкульоз легень.

Ключевые слова: расслаивающаяся аневризма аорты, туберкулез лёгких.

Key words: exfoliating aneurysm of aorta, lung tuberculosis.

ВСТУП Важливою і найскладнішою проблемою сучасно медицини, зокрема кардіологі та судинно хірургі, є випадки розшарування аневризми аорти [1, 2]. Аневризма аорти – це обмежене розширення стінки різно форми. Патологія частіше спостерігається у молодих, аневризми черевного відділу аорти, а також множинні та розшаровуючі – у більш старших пацієнтів. Серед причин аневризм аорти, як і х розшарування, виділяють атеросклероз, сифіліс, травми, запальний і мікотичний процеси, ерозивні зміни тощо [2]. Ерозії аневризми аорти виникають внаслідок переходу на аорту запального чи деструктивного процесу із сусідніх органів, зокрема при туберкульозному спондиліті, туберкульозі легень, внутрішньогрудних лімфатичних вузлах, гнійних медіастинітах, виразкових формах злоскісних процесів стравоходу чи бронхів.

Розшаровуюча аневризма аорти (aneurysma dissecans) виникає внаслідок проникнення крові через дефект стінки аорти, розшаровуючи оболонки, відтискаючи всередину безсудинні від зовнішніх шарів, в яких розміщуються кровеносні судини. Артері, що відходять від аорти, піддаються компресії, що зумовлює зменшення чи повне припинення кровообігу відповідних ділянок.

Клінічна картина розшаровуючо аневризми аорти надзвичайно розмаїта, діагностика утруднена, правильний діагноз виставляється в третині випадків [2]. Летальність від розриву розшаровуючо аневризми аорти становить 40-90 %, а кількість хворих на цю недугу постійно збільшується. В переважній більшості лише своєчасне хірургічне втручання дозволяє врятувати частину хворих з цією патологією [1].

Прояви клінічно картини розшаровуючо аневризм аорти залежать від локалізації, зони розриву та мор-

фологічних змін, що виникають у навколишніх тканинах і органах. Основними “кардіологічними масками” можуть бути гостра коронарна недостатність, псевдо-коронарна недостатність, безбольова інфарктоподібна маска [3, 4, 5, 6]. Аневризма висхідного відділу аорти супроводжується болем в грудях у вигляді короткотривалих гострих нападів “грудно жаби” чи болем типу аорталгії з переважною локалізацією в ділянці верхньої частини груднини. Можлива інша іррадіація болю, зокрема у верхні кінцівки, в спину, шию, епігастральну ділянку тощо. Початок розшаровуючо аневризми аорти найчастіше раптовий і супроводжується нестерпним болем за грудниною чи в епігастрі, в спині та по ходу ребер.

До симптомів, властивих аневризмі аорти, відносять: пульсацію експансивного характеру, тобто від центра до периферії, притуплення перкуторного звуку відповідно до місця аневризми, систолічне тремтіння і систолічний шум. Систолічні й діастолічні шуми над аортою, які виникають під час розшарування аорти, мають особливе значення. Вони виникають внаслідок проходження крові через дефект у стінці аорти. При появі серцевих шумів над аортою нерідко помилково діагностують ревматичну аортальну ваду [7]. Рентгенологічні дані особливо цінні при діагностиці розшаровуючо аневризми аорти. Загалом, для діагностики такої патології необхідно застосовувати комплексне клінічне обстеження хворих, включаючи найсучасніші інструментальні методи дослідження аорти [1, 3].

Прогноз аневризми аорти несприятливий. Профілактика полягає у своєчасному і повноцінному лікуванні основно причини, що зумовила аневризму. Лікування, переважно, хірургічне.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Ілюстрацію клінічного перебігу, особливості діагностики розшаровуючо аневризми аорти показано у хворо протитуберкульозного стаціонару. Це має важливе для фтизіатрів, пульмонологів та лікарів інших спеціальностей значення в плані діагностики і своєчасного спрямування хворого у профільний лікувальний заклад.

Хвору Б., 72 років, прийнято у диференціально-діагностичне відділення Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру 24.09.09 з діагнозом: Позагоспітальна пневмонія нижньої частки право легені, 3-я категорія. Дихальна недостатність I ступеня. РТБЛ (24.09.09) нижньої частки справа (інфільтративний) Дестр – МБТ0 М0 Гіст 0 Кат 2 Ког 4 (2009). ІХС. Дифузний кардіосклероз зі складним порушенням ритму. Стабільна стенокардія напруги, II функціональний клас. Гіпертонічна хвороба II ст. СН II ст.

З анамнезу з'ясувалося, що пацієнтка у 1970 р. хворіла на вогнищевий туберкульоз верхньої частки право легені. Протягом останніх 16 років – гіперто-

нічна хвороба та миготлива аритмія. Щороку проходила профілактичні флюорографічні огляди. На початку вересня 2009 р. у хворого появився кашель з виділенням мокротиння, загальна слабкість, задишка, біль в грудній клітці, підвищена втомлюваність і при рентгенологічному обстеженні виявлені патологічні зміни в легенях. Періодично з'являлися набряки на нижніх кінцівках. Лікувалася амбулаторно антибіотиками широкого спектра дії, рентгенологічна картина залишалась стабільною.

29.09.09 р. у стаціонарі стан хворого різко погіршав, з'явився сильний за груднинний біль з іррадіацією в спину, головний біль, "перебої" в роботі серця, задишка, слабкість. За груднинний біль не проходив після прийому нітрогліцерину. Запідозрено інфаркт міокарда чи розшаровуючу аневризму аорти. Хвору переведено у ВАІТ. Стан хворого залишався тяжким, шкірні покриви бліді, акроціаноз. Над легенями дихання з шорстким відтінком, справа над нижнім відділом дихання ослаблене, поодинокі розсіяні сухі хрипи. ЧД до 36 за 1 хвилину. Серцева діяльність аритмічна, прискорена, тони приглушені, грубий систолічний шум над аортою. Пульс – 92 удари за 1 хвилину, АТ – 160/100 мм рт.ст. Дані інструментальних досліджень: ЕКГ – депресія сегмента ST в I, aVL, V₁-V₆ на фоні миготливо аритмії, блокади передньо-гілки лівого ніжки пучка Гіса. Ехокардіографія – гіпертрофія стінки лівого шлуночка, виражені порушення сегментарно скоротливості, сумарна скоротливість лівого шлуночка знижена, ФВ – 30%. Призначено: гіпотензивні засоби, нітрати, протиаритмічні, сечогінні, антиагреганти та антикоагулянти й дезінтоксикаційні препарати. Стан хворого стабілізувався, зник за груднинний біль, зменшилася задишка, головний біль, слабкість. З метою уточнення діагнозу проведено КТ органів грудної клітки 07.10.2009 р. Констатовано: легенева поля нерівномірно пневматизації за рахунок застійних явищ за типом матового скла, пневмофіброзу з осередками бульозно-емфіземи, повітряними кістами різної величини. Справа в S₁, S₂ фіброз, щільні вогнища із включеннями кальцію. За ходом головно та додатково міжчасткових щілин осумкована рідина у вигляді лінз, потовщена міжчасткова плевра, шварти. Зліва в язичкових сегментах вогнище до 10 мм, великої інтенсивності з чіткими контурами. Бронхи прохідні. Серце розширене в поперечнику, переважно за рахунок лівого шлуночка і передсердя і меншою мірою правих камер. Розширений стовбур легеневої артерії, виступає на лівий контур серця, права легенева артерія – 3,3 см, ліва – 3,2 см. Висхідна аорта d 4 см, скле-

розована і відшарована інтима у вигляді серпа по передньо-латеральному контуру ліворуч з формуванням несправжнього просвіту, вміст неоднорідно щільності. Дуга аорти простежується на всьому протязі, не звужена, контури чіткі, низхідна аорта d 3 см, стінки склерозовані.

Висновок: розширені магістральні легеневі вени. Виражені прояви легеневої гіпертензії, венозного застою. Інтрестиціальний набряк легень. Правобічний осумкований міжчастковий гідроторакс. Розшарування висхідної аорти.

Клінічний діагноз: ЗЗТБЛ (1970) у вигляді фіброзу та щільних вогнищ. Кат. 5. Гр. 5.1. ІХС. Дифузний кардіосклероз зі складним порушенням ритму. Стабільна стенокардія напружи, III функціональний клас. Гіпертонічна хвороба II ст. Легенева гіпертензія. Правобічний гідроторакс. Розшарування висхідної аорти. СН II Б ст. У стані близькому до задовільного пацієнтка виписана з протитуберкульозного стаціонару для продовження терапії у профільному лікувальному закладі.

ВИСНОВОК На підставі комплексного сучасного клініко-інструментального обстеження і правильно інтерпретованих даних у хворого діагностовано розшарування висхідного відділу аорти, надано невідкладну допомогу; виключено активний туберкульозний процес і пацієнтку спрямовано для продовження лікування у профільний лікувальний заклад.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Л.Л. Ситар Аневризми грудної аорти [Текст] / Л.Л. Ситар, І.Н. Кравченко // Лікування та діагностика. – 1999-2000. – № 4-1. – С. 44-46.
2. Von Kodolitsch Y. Die klinische Diagnose akuter Aortendissektionen [Text] / Y. von Kodolitsch, A.G. Schwartz, D.H. Koschyk, C.A. Nienaber // Zeitschrift für Kardiologie. – 2001. – Bd. 90, N. 5. – P. 339-347.
3. Зербино Д.Д. Расслаивающие аневризмы аорты: клинические маски, особенности дифференциальной диагностики [Текст] / Д.Д. Зербино, Ю.И. Кузык // Клиническая медицина. – 2002. – № 5. – С. 58-61.
4. Зербино Д.Д. "Кардіальні" маски при розшаровуючій аневризмі аорти [Текст] / Д.Д. Зербино, Ю.Г. Кияк, Ю.І. Кузык // Український кардіологічний журнал. – 2002. – № 3. – С. 76-80.
5. Кузык Ю.І. Розшаровуючі аневризми аорти та гостра коронарна недостатність: особливості диференційно діагностики [Текст] / Ю.І. Кузык // Український кардіологічний журнал. – 2008. – № 4. – С. 102-107.
6. Кузык Ю.І. Расслаивающие аневризмы аорты: клинические маски, особенности дифференциальной диагностики [Текст] / Ю.И. Кузык // Клиническая медицина. 2002. – 5. – С. 58-62.
7. Finkelmeier B.A. Aortic dissection [Text] / B.A. Finkelmeier, D. Marolda // J. Cardiovasc. Surg. – 2001. – Vol. 15, № 4. – P. 15-24.

тримано 23.11.09.