

КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Покалюк А.Н., Снитко В.Н., Лазута С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н., доц. В.И.Дедуль

Прижизненная диагностика расслаивающей аневризмы аорты (РАА) представляет значительные трудности. Клиническая картина заболевания в значительной степени зависит от локализации и протяженности процесса, степени вовлечения отходящих от аорты сосудов, сдавления соседних органов, прорыва крови в окружающие ткани и полости. Это и определяет значительную вариабельность заболевания, формирование разнообразных клинических синдромов.

Цель исследования: детальное изучение клинических синдромов РАА.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 30 больных в возрасте от 46 до 83 лет, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении 2-й клинической больницы в период с 1996 по 2007 гг. Среди них было 22 мужчины и 8 женщин. Проведен тщательный анализ клинической картины больных с расслаивающей аневризмой аорты, изучены данные общепринятых лабораторных показателей, использованы данные ЭКГ, ультразвукового и рентгенологического методов исследования и протоколы вскрытия умерших.

В клинической картине первого этапа расслоения аневризмы аорты (АА) во всех случаях доминировал болевой синдром. Большинство больных с расслаивающими аневризмами грудного отдела аорты и поступали в стационар с подозрением на острую коронарную недостаточность. В 3-х случаях РАА «маскировалась» под острый коронарный синдром. Необходимо помнить, что у больных на фоне РАА возможно и истинное нарушение коронарного кровообращения, что отмечалось у 3-х больных.

Расслаивание стенки аорты может сопровождаться закупоркой просвета артерий, отходящих от аорты. К болевому синдрому в этих случаях присоединяются признаки нарушения кровоснабжения органов, получающих кровь через эти сосуды. Расслоение дуги аорты может приводить к расстройству кровотока по сонным артериям, что влечет развитие инфарктов головного мозга. Инфаркт головного мозга, как осложнение РАА, ошибочно был принят за основное заболевание у 1-го больного, что и остановило дальнейший диагностический поиск.

При наступлении 2-й стадии расслоения АА состояние больных резко ухудшалось - появлялись симптомы сдавления жизненно важных органов, что являлось причиной появления разнообразных «масок» этого заболевания. Так у 5-х больных причиной летального исхода ошибочно считалась тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Появление шумов над аортой в результате разрыва интимы и прохождения струи крови через новообразованный аортальный канал способствует выставлению ошибочного диагноза ревматического аортального порока, недостаточности аортального клапана (клапанная клиническая «маска»). Сосудистые периферические «маски» возникали в результате распространения расслоения на крупные периферические артерии конечностей, проявлялись признаками ишемии, на основании чего диагностический поиск прекращался с выставлением диагноза острой артериальной непроходимости. Медиастинальная клиническая «маска», вследствие кровоизлияния в средостение, характеризовалась полиморфным стенотическим синдромом и требовала дифференциальной диагностики с опухолью средостения. Среди желудочно-кишечных «масок» наиболее часто встречались диагнозы: обострение хронического холецистита (2 случая), острый панкреатит (2 случая) и перфорирующая язва желудка (2 случая). У 7 больных не отмечено четких клинических

проявлений.

Таким образом, клиническая картина РАА очень разнообразна, протекает под различными «масками» заболеваний внутренних органов, что приводит к частым диагностическим ошибкам.

ВЛИЯНИЕ СТАТИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Полюхович Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., доцент Пырочкин В.М.

Целью исследования было изучение влияния статической нагрузки на показатели центральной, мозговой и периферической гемодинамики у практически здоровых лиц в зависимости от возраста.

Материал и методы: в исследование было включено 45 практически здоровых лиц разных возрастных групп. До 30 лет было 15 человек, от 30 до 45 лет – 15 человек и старше 45 лет – 15. В группах преобладали мужчины – 80%. Изучение показателей центральной (ЦГД), мозговой (РЭГ) и периферической гемодинамики (РВГ) проводили с помощью аппаратно-программных комплексов «Импекард», «Корона», «Ахиллес» на базе реографа РГ4 – 02. При изучении ЦГД определяли ударный объем крови (УО, мл); минутный объем крови (МО, л/мин); общее периферическое сопротивление (ОПС, $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$). Мозговую гемодинамику исследовали с помощью РЭГ. Оценивались следующие показатели: амплитуда артериального компонента (А, Ом) – отражает артериальное кровенаполнение мозга; систолическое отношение (В/А, %) – характеризует тонус мелких сосудов; объемная скорость кровотока (F, Ом/с). Периферическую гемодинамику изучали с помощью реовазограммы (РВГ) голени. Анализировались следующие данные: реографический индекс (РИ, Ом); индекс эластичности (ИЭ); индекс периферического сопротивления (ИПС). Для создания статической физической нагрузки использовался кистевой электрический динамометр ПИН. Реографические показатели определялись в покое, на второй минуте кистевой нагрузки, составляющей 0,3 от максимальной мощности, а также через 3 минуты после прекращения нагрузки.

Результаты. Данные показателей центральной, мозговой и периферической гемодинамики под влиянием кистевой изометрической нагрузки (КИН) представлены в таблице.

Таким образом, кистевая изометрическая нагрузка у здоровых вызвала увеличение МО за счет учащения числа сердечных сокращений и снижение ОПС в возрасте старше 45 лет. КИН привела к уменьшению артериального кровенаполнения мозга у здоровых лиц на фоне повышения тонуса мелких мозговых сосудов. КИН не оказала существенного влияния на гемодинамику нижних конечностей. Отмечено снижение РИ голени.