

Обмен опытом

УДК 616.135/136-007.64-084

Ю.С. Ландышев¹, О.Н. Сивякова¹, Е.С. Скрипкина², М.Н. Георгиевская¹

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ

¹Амурская государственная медицинская академия, 675000, ул. Горького, 95, тел. 8-(4162)-31-90-07;

²Амурская областная клиническая больница, 675028, ул. Воронкова, 26, тел. 8-(4162)-23-85-22, e-mail: aokb@rambler.ru, г. Благовещенск

Резюме

По литературным данным, при расслаивающей аневризме торакоабдоминального отдела аорты 21 % больных погибает в течение первых суток, а продолжительность жизни их без оперативного лечения не превышает двух лет. Консервативное лечение принято считать бесперспективным. Представляет интерес история болезни больного К., находящегося под наблюдением в Амурской областной клинической больнице в течение 14 лет с диагнозом: гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 3 ст., очень высокий риск. ИБС. Фибрилляция предсердий, персистирующий вариант. Атеросклероз аорты. Торакоабдоминальная расслаивающая аневризма аорты. Недостаточность аортального клапана. ХСН IIБ ст. III ФК. От оперативного лечения пациент отказался, поэтому получал консервативную симптоматическую терапию. Сохранению жизни пациента на протяжении 14 лет способствовало поддержание оптимального артериального давления, а также, вероятно, полная отслойка интимы на всем протяжении аорты.

Ключевые слова: расслаивающая аневризма торакоабдоминальной аорты, продолжительность жизни, консервативное лечение.

Yu.S. Landyshev¹, O.N. Sivyakova¹, E.S. Skripkina², M.N. Georgievskaya¹

THE CASE OF A LONG - TERM FOLLOW – UP OF THE PATIENT WITH DISSECTING THORACOABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

¹Amur State Medical Academy;

²Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk

Summary

According to the literary data 21 % of patients with dissecting thoracoabdominal aortic aneurysm die during the first 24-hour period, longevity in such patients without surgical treatment is less than 2 years. Conservative treatment is considered to be does not give any favorable outcomes. The case history is of patient K. is of a great interest. This patient has been followed up at the Amur Regional Clinical Hospital for 14 years with the diagnosis: hypertensive disease III, arterial hypertension 3, risk 4. Ischemic heart disease. Atrial fibrillation persistent variant. Aortic atherosclerosis. Dissecting thoracoabdominal aortic aneurysm. Aortic insufficiency. Circulatory deficiency II B, III FC. The patient refused to undergo surgical treatment that is why he was receiving symptomatic conservative therapy for more that 14 years. Monitoring of arterial pressure and, probably, detached intima over all extent of aorta promoted survival of that patient.

Key words: dissecting thoracoabdominal aortic aneurysm, longevity, conservative therapy.

Расслаивающая аневризма торакоабдоминального отдела аорты – одна из наиболее сложных и малоизученных проблем современной медицины. По данным ряда авторов, расслаивающие аневризмы наблюдаются в 0,3-1,06 % всех аутопсий. Возможны три формы течения расслаивающей аневризмы аорты: острая, ведущая к смерти в течение нескольких часов, подострая, когда заболевание протекает в течение нескольких дней или 2-4 недели, и третья – хроническая, когда процесс продолжается несколько месяцев. По данным ряда авторов, от острого расслоения в первые 2 часа умирают до 75 % больных, в течение месяца – 83 % больных. Наиболее часто смерть наступает от массивного кровотечения из-за разрыва аневризмы [2, 3, 4].

M.W. Wheat, R.F. Palmer и другие авторы показали возможность лечения расслаивающих аневризм аорты консервативным способом. Для лечения применялись препараты, угнетающие сократимость миокарда и снижающие артериальное давление (АД) [6]. Показанием к хирургическому вмешательству является высокая летальность у больных с данной патологией без операции. В последние годы летальность при таких операциях снизилась [7, 8, 9]. Реконструктивные операции при аневризмах торакоабдоминального отдела аорты относятся к самым сложным в современной хирургии, летальность при них составила 14 % в Российском научном центре хирургии имени академика Б.В. Петровского Российской академии медицинских наук на

2007 год. По данным А.В. Покровского, выживаемость оперированных больных в 5 раз выше, чем неоперированных [5].

Оперативные вмешательства при аневризмах торакоабдоминальной аорты производят в России только в ведущих хирургических центрах крупных городов. И это несмотря на то, что потребность в этих операциях неуклонно возрастает в связи с широким внедрением новых методов диагностики и абсолютной бесперспективностью консервативного лечения больных [1].

В этой связи представляет интерес история болезни пациента К., 1941 года рождения, находящегося под наблюдением в Амурской областной клинической больнице (АОКБ) с декабря 2000 г. Больной поступил с жалобами на боль давящего характера за грудиной при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, повышение АД до 220/120 мм рт. ст., слабость, повышение температуры тела до 38 °С. Из анамнеза заболевания было выяснено, что в течение 15 лет отмечал повышение АД до 160/100 мм рт. ст., но не лечился и не обследовался. С 1996 г. периодически беспокоили перебои в работе сердца и боли давящего характера за грудиной, связанные с умеренной физической работой. С 2000 г. появились эпизоды повышения АД до 220/120 мм рт. ст. до 2-3 раз в месяц при постоянном АД 160-170/100 мм рт. ст. 15.11.00. при повышении АД до 220/120 мм рт. ст. возникла резкая боль за грудиной и в межлопаточном пространстве с иррадиацией в шею, а затем в эпигастральную область. Болевой синдром был интенсивный, жгучего, раздражающего характера. От госпитализации больной отказался, лечился амбулаторно. Принимал эналаприл в дозе 40 мг в сутки, аспирин, изосорбида динитрат. Улучшения не было. С декабря 2000 г. появились учащенное сердцебиение, одышка при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Был госпитализирован в кардиологическое отделение АОКБ для уточнения диагноза.

При поступлении состояние было тяжелым. Над легкими перкуторно определялся легочный звук, выслушивались единичные сухие хрипы на фоне везикулярного дыхания. Частота дыхания была 20 в мин. Определялась видимая пульсация: эпигастральная и сосудов шеи. Границы относительной тупости сердца были смещены влево на 1 см кнаружи от срединноключичной линии в VI межреберье. Тоны сердца были аритмичными, экстрасистолия до 10 в мин. Выслушивался систолодиастолический шум с эпицентром над аортой, на бедренных артериях – шум Виноградова-Дюрозье. Живот был при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю реберной дуги.

По данным эхокардиографии дано заключение: Аневризма торакоабдоминального отдела аорты с отслойкой интимы, склерозирование створок аортального клапана с регургитацией (+++), митральная регургитация (+). Незначительно расширены левые и правые камеры сердца. Умеренно выраженная гипер-

трофия миокарда левого желудочка, нарушена его диастолическая функция. Сократительная способность миокарда сохранена.

Проведена компьютерная томография (КТ) аорты, подтвердившая наличие аневризмы, осложнённой расслоением до почечных артерий, с частичным сужением их просвета, этим объяснялось наличие высокого диастолического АД.

Установлен диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск. Расслаивающаяся аневризма торакоабдоминальной аорты. Недостаточность аортального клапана. ИБС. Стенокардия напряжения ФК III. Политопная экстрасистолия. Фибрилляция предсердий, пароксизмальный вариант. ХСН II А, II ФК.

Назначено лечение: атенолол 50 мг 2 раза в день, амлодипин 10 мг 1 раз в день, индапамид 2,5 мг 1 раз в день, препараты ацетилсалициловой кислоты, калия, магния. АД стабилизировано на уровне 140-150/90 мм рт. ст., перебои в работе сердца беспокоили реже, уменьшилась одышка. От оперативного лечения пациент отказался. Был выписан с улучшением. Повторные госпитализации были связаны с развитием нарушения ритма, проводились курсы терапии амиодароном. Определена II группа инвалидности (3 степени). Получал стационарное лечение 1-2 раза в год.

С 2005 г. появились отёки голеней, стоп. С 2007 г. усиление одышки, слабости, нарастали отёки, чаще беспокоили перебои в работе сердца, постоянная тахикардия. К лечению добавлены статины, фуросемид 20 мг, вместо атенолола назначен бетаксолол 20 мг в сутки. С 2008 г. у пациента пароксизмальный вариант фибрилляции предсердий трансформировался в перманентный, недостаточность кровообращения усугубилась до ХСН II Б, III ФК.

25.06.14 выполнена КТ-ангиография аорты (рисунок 1): аневризматическое расширение грудного, брюшного отделов аорты от уровня дуги с достоверными признаками расслоения на всем протяжении. Максимальный общий диаметр аорты в грудном отделе до 6 см, в брюшном – 5 см. Выраженный кальциноз стенки аорты.

Данная история болезни представляет интерес, как случай длительного наблюдения пациента с расслаивающейся аневризмой торакоабдоминального отдела аорты (14 лет). По литературным данным продолжительность жизни у такой категории больных, без оперативного лечения, не превышает двух лет. Такая ситуация стала возможной, скорее всего, благодаря тому, что больной на протяжении всей болезни постоянно находится под наблюдением врачей и аккуратно соблюдает все рекомендации специалистов. Сохранению жизни пациента способствовало поддержание АД на нормальном уровне, а также, вероятно, полная отслойка интимы на всем протяжении аорты, т. е. процесс расслоения завершился и не прогрессирует. Возможно, выраженный кальциноз стенки аорты препятствует ее разрыву.

Литература

1. Белов Ю.В. Современное состояние проблемы хирургического лечения аневризм грудной и торакоабдоминальной аорты // Российские медицинские вести 2007. – Т. 12, № 2. – С. 83-85.

2. Гришин И.Н., Савченко А.Н. Клиническая ангиология и ангиохирургия. – Т. 2. – Минск: Вышэйшая школа, 1981. – 216 с.
3. Кунцевич Г.И. Ультразвуковая диагностика в абдоминальной и сосудистой хирургии. – Минск: Кавалер Пабмерс, 1999. – 256 с.
4. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. – М.: Медицина, 1979. – 328 с.
5. Покровский А.В., Зотиков А.Е. Перспективы и действительность в лечении атеросклеротического поражения аорты. – М.: Багира, 1996. – 128 с.
6. Янушко В.А. Заболевания аорты и периферических сосудов. В кн.: Руководство по кардиологии / под ред. Н.А. Манака. – Минск: Беларусь, 2003. – 624 с.
7. Bergan J., Yao J. Surgery of the aorta and its body branches. – Iruene @ Stratton, 1979. – 632 p.
8. Lanzer P., Rosch J. Vascular Diagnostics. – Berlin-Heidelberg: Verlag, 1994. – 528 p.
9. Wilson S.E. et al. Vascular Surgery. Mc Graw-Hill book company, 1987. – 976 p.

Literature

1. Belov Yu.V. State-of-the-art surgery of thoracic and thoracoabdominal aorta aneurysms // Russian medical news 2007. – Vol. 12, № 2. – P. 83-85
2. Grishin I.N., Savchenko A.N. Clinical angiology and angiosurgery. – Vol. 2. – Minsk: Vysheishaya shkola, 1981. – 216 p.
3. Kuntsevich G.I. Ultrasound diagnosis in abdominal and vascular surgery. – Minsk: Cavalier Publishers, 1999. – 256 p.
4. Pokrovsky A.V. Diseases of the aorta and its branches. – M.: Medicine, 1979. – 328 p.
5. Pokrovsky A.V., Zotikov A.E. Prospects and the reality in the treatment of atherosclerotic lesion of the aorta. – M.: Bagira, 1996. – 128 p.
6. Janushko V.A. Diseases of the aorta and peripheral vessels. Manual on cardiology / Ed. by N.A. Manaka. – Minsk: Belarus, 2003. – 624 p.
7. Bergan J., Yao J. Surgery of the aorta and its body branches. – Iruene @ Stratton, 1979. – 632 p.
8. Lanzer P., Rosh J., Vascular Diagnostics. – Berlin – Heidelberg: Verlag, 1994. – 528 p.
9. Wilson S.E., et al. Vascular Surgery. Mc Graw – Hill book company, 1987. – 976 p.

Координаты для связи с авторами: Сивякова Ольга Николаевна – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии АГМА, тел. +7-963-801-18-55, e-mail: oltschonok@mail.ru; Скрипкина Елена Сергеевна – зав. кардиологическим отделением Амурской областной клинической больницы, тел. +7-909-811-35-18; Георгиевская М.Н. – ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии Амурской ГМА.



УДК 616.316.1-006:616-002.2-021.144

С.А. Алексеенко¹, А.С. Колтунов¹, С.С. Колтунов², М.А. Синюкова²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ IGG4-АССОЦИИРОВАННОГО СИАЛОАДЕНИТА

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД», 680022, ул. Воронежская, 49, тел. 8-(4212)-40-83-46, г. Хабаровск

Резюме

В статье приводится случай диагностики и успешного лечения IgG4-ассоциированного сиалоаденита. Пациент длительно обследовался в связи с подозрением на онкологический процесс в подчелюстной области. В результате обследования была диагностирована редкая патология – IgG4-ассоциированная болезнь. Адекватное лечение привело к положительному клиническому эффекту.

Ключевые слова: иммуноглобулин G4, IgG4-ассоциированная болезнь, сиалоаденит.

S.A. Alekseenko, A.S. Koltunov, S.S. Koltunov, M.A. Segida

A CASE REPORT OF IGG4-RELATED SIALOADENITIS

¹Far Eastern State Medical University;

²Far Eastern Railway Hospital, Khabarovsk

Summary

The article presents a case of diagnostics and successful treatment of IgG4-associated sialoadenitis. The patient was examined for a long time because of suspicion to oncological process in the submandibular region. As the result of the examination a rare pathology was diagnosed – IgG4-associated disease. Appropriate treatment led to a positive clinical effect.

Key words: immunoglobulin IgG4, IgG4-related disease, sialoadenitis.