

О ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, С. И. КЛИОНСКИЙ, И. С. ПЕВЗNER, Ю. Г. ПИГАРЕВ

Белорусский институт усовершенствования врачей и Минская областная
клиническая больница (главный врач — заслуженный врач БССР М. И. Ко-
тович)

В последние годы появились сообщения об успешном оперативном лечении расслаивающей аневризмы аорты (Б. В. Пегровский, 1965; Ф. Г. Углов с соавт., 1970; De Bakey M., 1965; Liotta D., 1970). Поэтому прижизненная диагностика расслаивающей аневризмы аорты, сложная из-за редкости заболевания, вариабельности течения и недостаточного знакомства врачей с клинической картиной этой патологии, приобретает большое практическое значение. Специальные методы исследования (контрастная ангиография) могут уточнить и дополнить диагноз. Но в ряде случаев из-за тяжелого состояния больного ангиография противопоказана (Р. С. Ермолюк, 1968; М. Я. Лаппнер, 1969 и др.).

С 1955 по 1971 г. в Минской областной клинической больнице лечились 15 больных с расслаивающей аневризмой аорты; трое наблюдалось в больницах Минской области. Мужчин было 12, женщин 6. В возрасте до 30 лет был 1 больной, 31—40 лет — 4, 41—50 лет — 1, 51—60 лет — 2, 61—70 лет — 5, 71—80 лет — 5 больных.

Наиболее частой причиной расслаивающей аневризмы аорты является атеросклеротическое поражение ее в сочетании с гипертонической болезнью (В. С. Смоленский, 1962 и др.). Этиологическая роль сифилиса относительно невелика (В. И. Карелина, 1957). Редко наблюдается расслаивающаяся аневризма при ревматическом поражении стенки аорты (В. Е. Кушнер и Ю. С. Козачук, 1966). У лиц молодого возраста в этиологии этого страдания значительную роль играют врожденные дефекты аорты, в основном ее эластической оболочки, что встречается при синдроме Марфана (М. Я. Апт, Р. Е. Оршанская, 1967 и др.).

По нашим данным, выраженные атеросклеротические и атероматозные изменения интимы аорты были у 10 больных, у 2 отмечался липоматоз аорты и коронарных сосудов, у 2 — резко выраженный ревматический язвенный аортит, у 2 — мезоаортит неясной этиологии, у одного — врожденная гипоплазия (сужение просвета и недоразвитие эластического каркаса) аорты. Таким образом, у 17 из 18 больных имелись выраженные морфологические изменения стенки аорты различного происхождения. Гипертоническая болезнь отмечена у 10 больных. По локализации: у 8 больных была расслаивающаяся аневризма восходящей части дуги аорты, у 3 — грудного и брюшного отделов, у 6 — брюшной аорты, у 1 — брюшной аорты и правой подвздошной артерий.

Из 18 больных у 13 была острая, а у 5 — хроническая форма расслаивающей аневризмы аорты. Мы выделили 3 формы клинического течения острой расслаивающей аневризмы аорты: перемежающаяся, с наличием «светлых» промежутков; коллаптоидная, с незначительными периодами улучшения; прогрессирующая, без периодов улучшения.

Перемежающаяся форма течения отмечена у 6 больных. Она характеризовалась внезапным появлением сильных болей. Локализация их (за грудной, в животе или поясничной области) не всегда зависела от расположения аневризмы. В большинстве случаев боли не купировались даже наркотиками.

Состояние больных при поступлении — тяжелое. Отмечалась резкая

слабость, иногда рвота, у одного больного — с примесью крови. У больных с перемежающегося формой течения была выраженная гипертензия. Этот симптом является одним из ведущих при расслаивающей аневризме аорты. Несмотря на тяжелое состояние, у больных отсутствовала выраженная тахикардия. Нормальная частота пульса или незначительная тахикардия (до 90 ударов в 1 мин) по нашему мнению, является важным дифференциально-диагностическим признаком расслаивающей аневризмы аорты.

При исследовании органов грудной и брюшной полостей характерных для расслаивающей аневризмы аорты симптомов обнаружено не было. Изменения со стороны сердца были обусловлены гипертонической болезнью или возрастной патологией. У отдельных больных отмечалась болезненность и напряжение мышц живота, однако без перитонеальных явлений.

Лейкоцитоз отмечался у 5 больных, сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 4, ускоренная РОЭ — у 4, протромбиновый индекс имел тенденцию к снижению у всех больных. Серологическая реакция Вассермана произведена у 5 больных, результат отрицательный. На электрокардиограмме отмечались: смещение электрической оси сердца влево, нарушение возбуждения в желудочках, различные аритмии и у одного больного — ишемия задней стенки миокарда.

Продолжительность болевого периода варьировала от нескольких часов до двух суток, затем наступал «светлый» промежуток. Однако у некоторых больных на фоне общего улучшения вновь появлялись приступы сильных болей. У двух больных в дальнейшем развилась анурия. Летальный исход наступал внезапно.

Коллапсозная форма течения острой расслаивающей аневризмы аорты отмечена у 4 человек. Все больные были в возрасте старше 60 лет. При поступлении отмечались сильные боли за грудиной или в эпигастрии, рвота, гошнота, резкая слабость, одышка, цианоз, липкий пот. У всех была выраженная гипотония, хотя двое до поступления страдали тяжелой формой гипертонической болезни. Частота пульса у 3 больных была 70—85, у одного пульс не считывался. Даже в состоянии коллапса у большинства больных отсутствовала тахикардия.

В дальнейшем у больных наступал непродолжительный «светлый» промежуток, боли несколько уменьшались, артериальное давление достигало нормальных или субнормальных цифр, однако состояние оставалось тяжелым. Все больные, поступившие в состоянии коллапса, умерли в течение 24 часов.

Прогрессирующая форма течения острой расслаивающей аневризмы аорты отмечена у 3 больных. Состояние их прогрессивно ухудшалось, «светлых» промежутков не было. Двое из них были оперированы с предположительным диагнозом острого аппендицита. У них обнаружен разрыв расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты с прорывом в забрюшинное пространство.

Прижизненный диагноз острой расслаивающей аневризмы аорты был поставлен у 6 больных из 13.

Дифференциальный диагноз проводился с острой хирургической патологией органов брюшной полости и инфарктом миокарда.

В случаях расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты с прорывом ее в забрюшинное пространство дифференциальная диагностика с острой хирургической патологией органов брюшной полости затруднена, т. к. появляется распространенная болезненность и напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины, тахикардия, анемия. В случаях обнаружения анемии и пальпации инфиль-

рата без четких границ (забрюшинная гематома) можно исключить острый аппендицит или холецистит.

Значительные трудности возникают при дифференциальном диагнозе с инфарктом миокарда. Из 13 больных с острой аневризмой аорты у 6 клинически диагностирован инфаркт миокарда, который не подтвердился на секции. Трое из них поступили в состоянии коллапса, у 2 артериальное давление было нормальным и лишь у одного отмечалась гипертензия. Таким образом, величина артериального давления не является достоверным дифференциальным признаком между этими заболеваниями.

Большое значение, по нашему мнению, имеет частота пульса: нормальная при расслаивающей аневризме и увеличенная (тахикардия) — при инфаркте миокарда. Из 6 больных, которым был поставлен клинический диагноз инфаркта миокарда, тахикардия при поступлении была у одного. При дифференциации имеет значение локализация боли, наличие «светлых» промежутков. Основой для дифференциальной диагностики является электрокардиография. У больных с подозрением на инфаркт миокарда не было характерных изменений на ЭКГ.

Непосредственной причиной смерти у 7 больных явилась тампонада сердца вследствие разрыва аневризмы восходящей дуги аорты, у 4 — кровоизлияние в забрюшинное пространство, у одного — кровотечение в плевральную полость, у одного — острая сосудистая недостаточность.

Хроническая расслаивающая аневризма аорты наблюдалась у 5 больных, у 4 была случайно найдена на секции, у одного обнаружена во время холецистэктомии.

Одной из основных задач при лечении больных с острой расслаивающей аневризмой аорты является борьба с прогрессированием процесса. По мнению M. Wheat с соавт. (1965), причиной, способствующей расслоению стенок аорты, является сила сердечного выброса и гипертензия. Применяя арфонад и резерпин, авторы предотвратили полный разрыв у 6 больных с расслаивающей аневризмой аорты. В последующем эти больные могут быть оперированы в условиях специализированного учреждения.

ВЫВОДЫ

1. На основании клинических симптомов и течения заболевания возможна прижизненная диагностика расслаивающей аневризмы аорты.

2. Больные с подозрением на расслаивающую аневризму аорты должны быть срочно доставлены в специализированное сосудистое отделение для оказания неотложной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

- Апт М. Я., Оршанская Р. Е. Клин. медицина, 1967, № 2, с. 78.— Дамир А. М., Зенин В. П. Кардиология, 1966, № 4, с. 3.— Ермолюк Р. С. Автореф. канд. дисс. М., 1968.— Карелина В. И. Здравоохранение Белоруссии, 1957, № 1, с. 29.— Кушнир В. Е., Козачук Ю. С. Вопросы ревматизма, 1966, № 4, с. 70.— Лапьер М. Я. Кардиология, 1969, № 6, с. 68.— МIRONЧИК В. Ю. и Залманенко В. С. Здравоохранение Белоруссии, 1962, № 1, с. 47.— Петровский Б. В. Хирургия, 1965, № 8, с. 94.— Смоленский В. С. Кардиология, 1962, № 1, с. 74.— Углов Ф. Г., Цакадзе Л. О., Кудряшов В. Г. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 1970, № 6, с. 31.— De Bakey M. et al. The J. of Thorac. and Cardiovascular Surgery, 1965, v. 49, № 1, p. 130.— Liotta D. et al. Sem. med. (B. tires), 1970, 137, 27, p. 935.— Wheat M. et al. J. Thorac. and Cardiovascular Surgery, 1965, v. 50, № 3, p. 364.

THE DIAGNOSIS OF DISSECTING ANEURYSM OF THE AORTA. MADE IN LIFETIME

I. B. Oleshkevich, S. I. Klionsky, I. S. Pezner, Yu. G. Pigarev

SUMMARY

The authors observed 18 patients with dissecting aneurysm of the aorta (13 — with an acute form, and 5 — with a chronic one). Expressed morphologic changes of the aortic wall in combination with hypertensive disease were the cause of the origin of dissecting aneurysm.

The diagnosis was based on a sudden beginning of disease, typical painful syndrome, hypertension.

In patients, who entered the hospital, particular attention was given to the absence of expressed tachycardia.

5 forms of the course of acute dissecting aneurysm of the aorta were marked out: intermittent, collaptoid and progressive. In 6 of 13 patients with acute dissecting aneurysm of the aorta the diagnosis was made in lifetime.