

ID: 2018-05-4109-T-18255

Тезис

Нургазиева Д.С.

**Расслаивающая аневризма аорты у пожилой пациентки. Клиническое наблюдение***ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета**Научный руководитель: д.м.н. Кошелева Н.А.*

Высокая летальность у больных с расслаивающей аневризмой аорты обусловлена разнообразием клинических проявлений и трудностью диагностики этого состояния, несмотря на широкое внедрение в клиническую практику неинвазивных визуализирующих методов.

Пациентка Я, 61 года доставлена 10.10.17 г. с жалобами на выраженную общую слабость, отсутствие движений в нижних конечностях, головную боль, головокружение. В течение 15 лет повышается АД максимально до 230 и 110 мм рт. ст. при наиболее часто измеряемом уровне АД 120 и 80 мм рт. ст. Из постоянной антигипертензивной терапии принимает эналаприл 20 мг/сутки. В течение года знает о наличии мерцательной аритмии. Ухудшение состояния 10.10.17 г. в 9:00, когда после наклона туловища почувствовала острую боль в верхних отделах живота, выраженную общую слабость, упала, потеряла сознание. АД 80 и 40 мм рт. ст. ИМТ 44 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, сухие, чистые. Тоны сердца при аускультации приглушены, меняющейся громкости, аритмичные - фибрилляция предсердий с ЧСС 151 в минуту, пульс 86 в минуту, дефицит пульса 65. АД 90 и 50 мм рт. ст. ЧДД 18 в минуту. Пациентка осмотрена неврологом: выявлены нижняя параплегия, гипестезия с уровня Th12-L1, патологический стопный рефлекс Бабинского с обеих сторон. Выставлен диагноз: Острое нарушение спинального кровообращения. Нижняя параплегия. Учитывая начало заболевания с выраженных болей в верхних отделах живота, гипотонию с последующей артериальной гипертензией, наличие нижней параплегии была проведена аортография. Выявлено аневризматическое расширение восходящего (корень аорты 40 мм, восходящий отдел аорты 43 мм), нисходящего отделов (33,7 мм) грудной аорты с формированием аневризматического мешка в нисходящем отделе грудной аорты ниже отхождения левой подключичной артерии, с размерами 42,0-53,0 мм, с признаками расслоения. Особенностью представленного клинического случая является острое начало заболевания, сопровождающееся выраженной болью в верхних отделах живота, синкопэ, гипотонией 80 и 40 мм рт. ст., острым нарушением спинального кровообращения на поясничном уровне и нижним парапарезом. Развитие нижнего парапареза возможно из-за сдавления артерии Адамкевича, отходящей от брюшной аорты на уровне Th6-Th12, аневризматическим мешком.

**Ключевые слова:** расслаивающая аневризма аорты