

Проведено оперативное вмешательство 18% пациентов. Проведены: резекция разорванной аневризмы инфраренальной аорты с аортоабдоминальным бифуркационным протезированием эксплантатом, эндокардиальная имплантация искусственный водитель ритма (ИВР), режим DDDR, резекция аневризмы юкстаренального отдела брюшной аорты с аорто-подвздошным бифуркационным протезированием эксплантатом, резекция аневризмы с линейным протезированием эксплантатом.

### **Выводы**

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что в данных двух группах преобладает количество мужчин над количеством женщин. В 1 и 2 группах средний возраст совпадает и составил 67–68 лет. Сопутствующие заболевания представлены большим разнообразием в 1 группе, чем во 2. При этом наиболее часто наблюдались жалобы: на одышку, боль различной локализации, слабость, утомляемость и головокружение.

Исходя из этого, необходимо проводить своевременное выявление, наблюдение и лечение аневризм вне зависимости от их локализации для своевременной профилактики развития и осложнений аневризмы.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Sattar, Y. Alraies MC / Y. Sattar // Ventricular Aneurysm. – 2024. – № 7. – С. 45–50.
2. Пальцева, Е. М. Аневризмы аорты: этиология и патоморфология / Е. М. Пальцева // Молекулярная медицина. – 2015. – № 4. – С. 3–10.

**УДК 616.136-007.64**

**И. И. Великоборец, М. А Мещанчук**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ**

### **Введение**

Расслаивающая аневризма аорты (РАА) – образование разрыва интимы с последующим проникновением крови через дефект внутренней оболочки в стенку аорты, разрушает среднюю оболочку и отделяет внутреннюю оболочку от наружной. Различают три типа РАА по классификации De- Bakey в зависимости от места расположения отслоившейся интимы: тип I восходящая аорта, дуга и нисходящий отдел аорты, тип II восходящая аорта, тип III нисходящая аорта [1].

### **Цель**

Описать и проанализировать клинический случай расслаивающей аневризмы торакоабдоминальной аорты, определить динамику изменения аорты на всем ее протяжении по данным компьютерной томографии (КТ)-ангиографии.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ истории болезни пациента, находившегося на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии на базе УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» (ГОККЦ) в 2020 году.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациент Б., 55 лет, находился на стационарном лечении в отделение сосудистой хирургии ГОККЦ.

Госпитализация была проведена с 08.01.2020 г. по 14.01.2020 г. Имелись жалобы при поступлении: на наличие опухолевидного пульсирующего образования в животе, периодическую боль в грудной клетке слева, одышку. Отмечает, что в 2017 г. обследовался, и у него было обнаружено, что аорта от левой подключичной артерии расширена, имеется расслоение интимы в грудном и брюшном отделах аорты с фенестрацией на уровне почечных артерий. Поступил в плановом порядке для проведения КТ-ангиографии. Общее состояние было удовлетворительное, АД 140/100 мм.рт.ст., ЧСС 72 уд. в мин. Пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий. В околопупочной области, слева от средней линии пальпируется опухолевидное пульсирующее образование размером 4×4 см, безболезненное, мало смещаемое. Диагноз: Расслаивающаяся аневризма аорты тип 3 по De-Bakey.

КТ-ангиография грудная аорта от 09.01.2020 г.: диаметр восходящей аорты 44–40 мм, дуга 40 мм. Брахиоцефальные сосуды отходят обычно, без расслоений. Определяется расслоение грудной аорты, начиная от устья левой подключичной артерии, захватывает нисходящую часть, переходит на брюшную аорту. На уровне устья подключичной артерии определяется широкое окно фенестрации, размером до 3 см. нисходящая часть аорты расширена до 50 мм, истинный просвет 18×36 мм, ложный 33×50 мм. Удлинение и изгиб аорты влево. В начальном отделе нисходящей части несколько лоскутов. Небольшие кальцинаты в аорте вблизи уровня фенестрации. Между аортой и легочной артерией локальное мягкотное утолщение до 1×2 см, тяж, связка. Просветы истинного и ложного просветов неравномерные, по ходу меняют свои размеры, ложный значительно больше истинного. Отслоенная интима уплотнена. На уровне диафрагмы аорта 38 мм, истинный просвет 10×25 мм, ложный в 2 раза больше, на уровне почек 30 мм. Над бифуркацией аорта 29 мм. Верхняя брыжеечная артерия, чревный ствол, верхняя добавочная левая почечная артерия от истинного просвета, правая почечная артерия от ложного. Слева 2 почечные артерии. Расслоение переходит на проксимальную часть основной нижней левой почечной артерии. Кровоснабжение почки от двух просветов. На уровне почечных артерий небольшое окно фенестрации, в 5 см дистальнее почечных артерий протоки соединяются. Инфраренально девиация аорты влево. Обе общие подвздошные артерии расширены до 20–23 мм. Кальцинаты в левой коронарной артерии. В почках контрастные конкременты. Единичные мелкие кисты в печени.

Заключение: аневризматическое расширение восходящей части и дуги аорты. Расслаивающаяся торакоабдоминальная аневризма, продолжающаяся до уровня дистальной части инфраренального отдела аорты, тип 3. Умеренное расширение подвздошной артерии. По сравнению с 18.11.2019 г. отмечается нерезкое увеличение общих размеров аневризмы нисходящей части грудной аорты и уменьшение истинного просвета с расширением ложного просвета. Компрессионный ателектаз средней доли и субателектаз нижней доли правого легкого.

Госпитализация с 01.07.2020 по 06.07.2020 г. в плановом порядке. Проведена КТ-ангиография от 02.07.2020 г.: по сравнению с 09.01.2020 г. картина без динамики.

Находился на стационарном лечении в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в отделении кардиологии с 30.09.2020 г. по 23.10.2020 г. Была проведена операция от 01.10.20 г.: реплантация левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию (частичный дебранчинг дуги аорты), имплантация стентграфта в нисходящий отдел аорты.

Госпитализация с 23.12.2020 г. по 29.12.2020 г. в плановом порядке для проведения КТ-ангиографии.

КТ-ангиография от 28.12.2020 г.: в дуге аорты (дистальнее устья левой общей сонной артерии) и нисходящей части грудного отдела аорты до уровня Th7 сигнал стент-

графта. Левая подключичная артерия реимплантирована в левую общую сонную артерию. Дистальное стентграфта аневризматическое расширение аорты с пристеночными тромботическими массами, шириной до 21–22 мм, просвет 26 мм, девиация хода слева направо в дистальную треть нисходящего отдела грудной аорты. Супраренальный отдел 33–42 мм, дифференцируется отслоение интимы, истинный просвет меньше ложного, степень контрастирования истинного просвета выше ложно, отслоенная интима прослеживается до 45 мм ниже уровня устьев почечных артерий, крупная фенестрация на этом уровне. Имеется частичное распространение расслоения на устье левой почечной артерии, контрастирование артерии удовлетворительное. Чревный ствол, верхняя брыжеечная артерия, добавочная левая почечная артерия от истинного просвета, правая почечная артерия от ложного, имеется фенестрация около устья. Инфраренальный отдел 25–25 мм, имеется С-образный изгиб хода. Общая подвздошная артерия слева до 17 мм по просвету. Общая подвздошная артерия справа до 19 мм в 17 мм от устья С-образный изгиб хода, в дистальной трети расширена до 23 мм. Высокое положение купола диафрагмы справа, поджата нижняя доля легкого около диафрагмальной поверхности справа. В почках немногочисленные конкременты. Единичные мелкие кисты в печени. В телах L3–4 справа единичные участки трабекулярной перестройки по типу гемангиом до 20 мм.

Заключение: расслаивающая аневризма аорты, тип 3 по Де Бейки, состояние после установки стентграфта, реимплантация левой подключичной артерии.

### **Выводы**

В связи с тем, что данное заболевание тяжело контролировать и не всегда можно остановить распространение расслоения аорты, при этом данный пациент заболел внезапно и на последнем исследовании наблюдается отслоение интимы ниже уровня почечных артерий. Следовательно, нужно обращать внимание на боли и пытаться как можно раньше выявлять и профилактировать ее ухудшение. Путем более жесткого контроля артериального давления, избегать воздействия стрессовых факторов, физического перенапряжения, нормализация веса, контроль показателя холестерина в крови.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Семёнова, Л. Н. Острая расслаивающая аневризма грудной аорты: разнообразие клинических вариантов, оптимизация диагностики на догоспитальном этапе / Л. Н. Семёнова, Н. А. Морозова, Д. В. Щербаков // Омский научный вестник. – 2011. – № 1(104). – С. 149–154.

**УДК 616.831-005.806-074/-078**

**Д. А. Винник, И. О. Лющёнок**

*Научный руководитель: старший преподаватель И. Л. Мамченко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

### **Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) – это стойкое повышение систолического артериального давления в покое ( $\geq 140$  мм рт. ст.) и/или диастолического артериального давления ( $\geq 90$  мм рт. ст.). АГ широко распространена, но при отсутствии лечения может