КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ НЕКОРОНАРНОГО СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ[1]

З. Т. Сабиржанова
Д. А. Эгамбердиева
Ё. Э. Расулев
Ж. А. Халмухамедов
Ж. О. Ортыкбаев
Ташкентский Педиатрический медицинский институт

АННОТАЦИЯ

Аневризма синуса Вальсальвы – относительно редко встречающаяся патология, трудно диагностируемая и часто приводящая к фатальным осложнениям. Своевременная диагностика и раннее хирургическое лечение являются залогом благоприятного исхода. Нами представлен клинический случай аневризмы с разрывом, на примере которого можно проследить за этапами диагностики и течения заболевания.

Ключевые слова: аневризма синуса, врожденный порок, сердечная недостаточность, дефект межжелудочковой перегородки, разрыв аневризмы.

CLINICAL CASE: RUPTURE OF THE ANEURYSM OF THE NECORONARY VALSALVA SINUS

Z. T. Sabirzhanova
D. A. Egamberdieva
E. E. Rasulev
Zh.A. Khalmukhamedov
Zh.O. Ortykbaev
Tashkent Pediatric Medical Institute

ABSTRACT

Valsalva sinus aneurysm is a relatively rare pathology that is difficult to diagnose and often leads to fatal complications. Timely diagnosis and early surgical treatment are the key to a favorable outcome. We have presented a clinical case of a ruptured aneurysm, which can be used to follow the stages of diagnosis and the course of the disease.

Keywords: sinus aneurysm, congenital malformation, heart failure, ventricular septal defect, ruptured aneurysm.

[1] Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ВВЕДЕНИЕ

Аневризма синуса Вальсальвы (АСВ) представляет собой выпячивание (мешкообразной или пальцеобразной формы) аортальной стенки синуса, чаще всего сопровождающееся ее прорывом в предлежащие отделы сердца.

Аневризматическое расширение с разрывом синуса Вальсальвы было впервые описано в 1939 году Hope M.D. [1]. По разным литературным источникам, в большинстве случаев встречается аневризма правого коронарного синуса (75–95 %) [3], 25 % - в области некоронарного синуса, в 5 % - левого коронарного синуса. Описаны также случаи аневризмы всех трех синусов одновременно [7, 8]. Естественное течение АСВ и ее прогноз являются потенциально неблагоприятными, так как высок риск разрыва. Разрыв аневризмы синуса Вальсальвы чаще встречается у азиатов [7, 9]. Описаны случаи прорыва аневризмы синуса Вальсальвы в левое предсердие, легочную артерию, левый желудочек и перикард [10, 11]. Средняя продолжительность жизни таких пациентов составляет 1 – 2 года после разрыва [3, 11]. Диагностировать АСВ сложно, так как клиническая картина заболевания в отсутствие разрыва стерта, и лишь при больших размерах аневризмы может развиваться обструкция выводного тракта правого желудочка, при сдавлении проводящих путей – различные нарушения ритма сердца и проводимости [12]. Диагноз чаще всего устанавливается на эхокардиографии. Клиника и течение заболевания в этом случае зависят от объема сброса крови, который, в свою очередь, зависит от давления в аорте и диаметра перфорационного отверстия. Принимая во внимание различные клинические проявления и сложность локализации, обнаружение разорвавшихся и неразорвавшихся аневризм зачастую представляет диагностическую проблему. Разрыв аневризмы синуса Вальсальвы, как правило, провоцируется чрезмерной физической нагрузкой, артериальной гипертензией, инфекционным эндокардитом, травмами. При прорыве аневризмы синуса Вальсальвы клиника, как правило, развивается молниеносно, с развитием острой сердечной недостаточности с перегрузкой большого и малого кругов кровообращения. Однако , встречаются больные, перенесшие разрыв синуса Вальсальвы практически бессимптомно. Такой случай мы и хотели бы вам представить.

ЛИТЕРАТУРА И МЕТОДОЛОГИЯ

Больной Муродов Н., 63 лет, поступил в отделение кардиологии Республиканского специализированного научно – практического центра терапии

и медицинской реабилитации 17 декабря 2020 г. с жалобами на умеренную одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, пастозность обеих нижних конечностей, на чувство перебоев в работе сердца, слабость, быструю утомляемость.

Со слов больного, в 15-летнем возрасте во время профилактического осмотра у него были выявлены изменения на ЭКГ и после консультации кардиолога, был выставлен диагноз врожденного порока сердца.

Однако, состояние больного было стабильным, удовлетворительным и несмотря на наличие порока сердца и рекомендации врачей, пациент продолжал вести обычный образ жизни и даже занимался спортом -вольной борьбой. Изредка отмечал легкое головокружение и потемнение в глазах при интенсивной физической нагрузке.

В последующем, к врачам обратился уже в 50 летнем возрасте, когда начали периодически беспокоить головные боли, возникающие на фоне эмоциональных перегрузок и впервые было зафиксировано повышение артериального давления. Максимальные цифры АД за последние годы - 140/100 мм.рт.ст, гипотензивные препараты регулярно не принимал. В это же время стал замечать появление чувства нехватки воздуха при быстрой ходьбе, стал быстрее уставать. Участковым врачом был направлен на обследование и по полученному заключению Эхо-КГ (март 2017г) (ВПС: ДМЖП подаортальный 5 мм с потоками крови слева направо с Vмакс – 4,3 м/с., градиент давления 64 мм.рт.ст.) был взят на учет с диагнозом – врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки. Значительно позднее, около двух лет назад временами начал замечать появление не выраженных отеков ног к вечеру. От предложенного в то время оперативного лечения отказался.

Постепенно больной начал замечать усиление отеков на ногах, периодически перебои в области сердца, чувство нехватки воздуха при ходьбе усилилось, а временами беспокоило и в покое, чаще по ночам, и по направлению участкового врача в декабре 2020г. поступил на стационарное лечение в клинику республиканского центра терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении: объективно- больной нормостеник, удовлетворительного питания, общее состояние средней степени тяжести, умеренная отечность обеих ног в области стоп и голеней; аускультативно в легких в нижних отделах с обеих сторон незвучные влажные мелкопузырчатые

хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, ЧДД 22 в минуту. Границы сердца расширены в обе стороны: правая граница сердца – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Над областью сердца во всех точках выслушивался грубый систолический шум с максимумом во 2-3м межреберье справа от грудины, проводящийся вверх, на сосуды шеи справа. Пульс 88 ударов в минуту, аритмичный по типу единичных экстрасистол, АД 120 и 70 мм рт.ст. Печень выступала на 1см из под края реберной дуги, гладкая, с закругленным краем, безболезненна.

Рисунок - 1

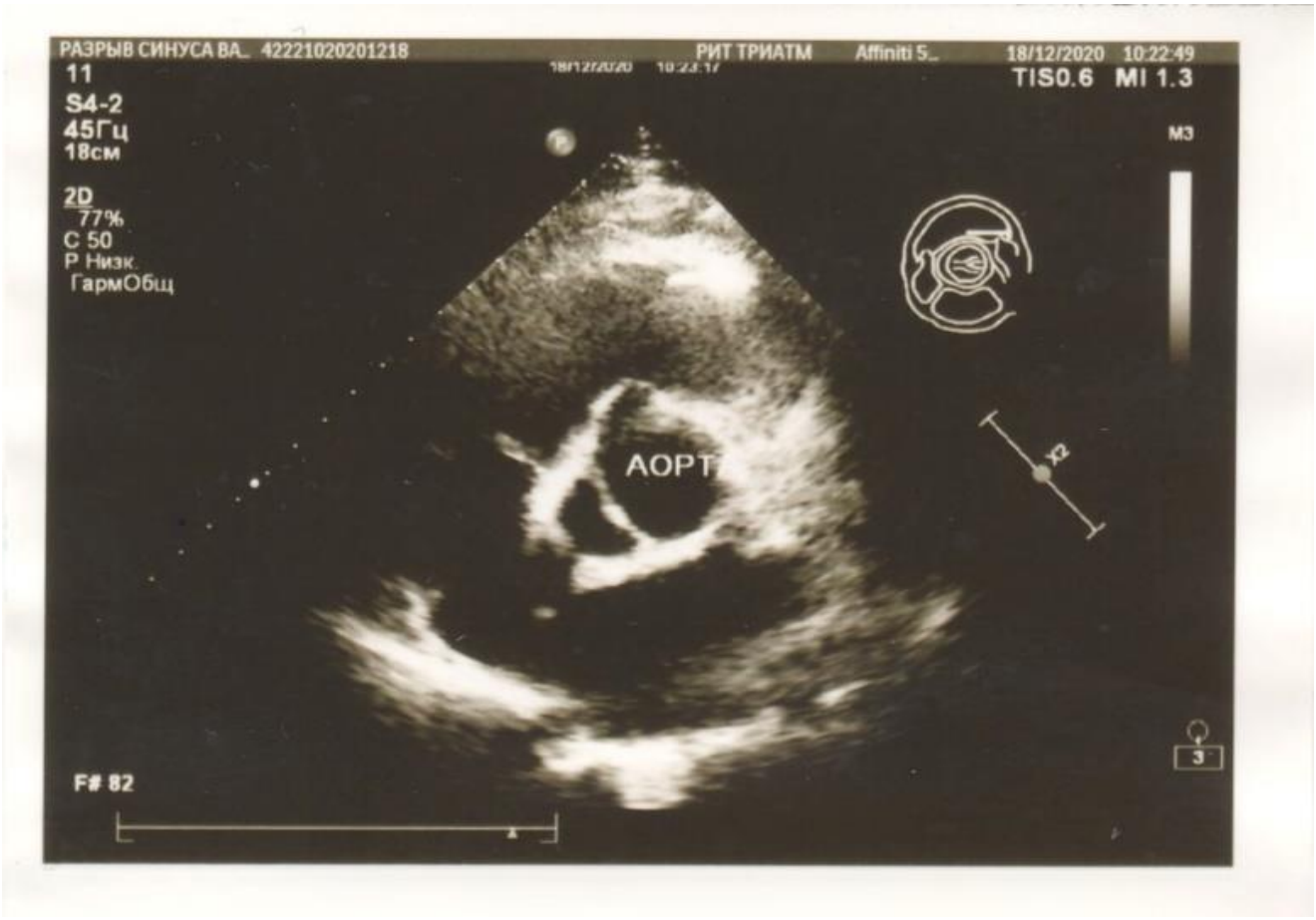


На электрокардиограмме: синусовая брадиаритмия с одиночной желудочковой экстрасистолой. Умеренные признаки перегрузки обоих желудочков (рис. 1).

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723

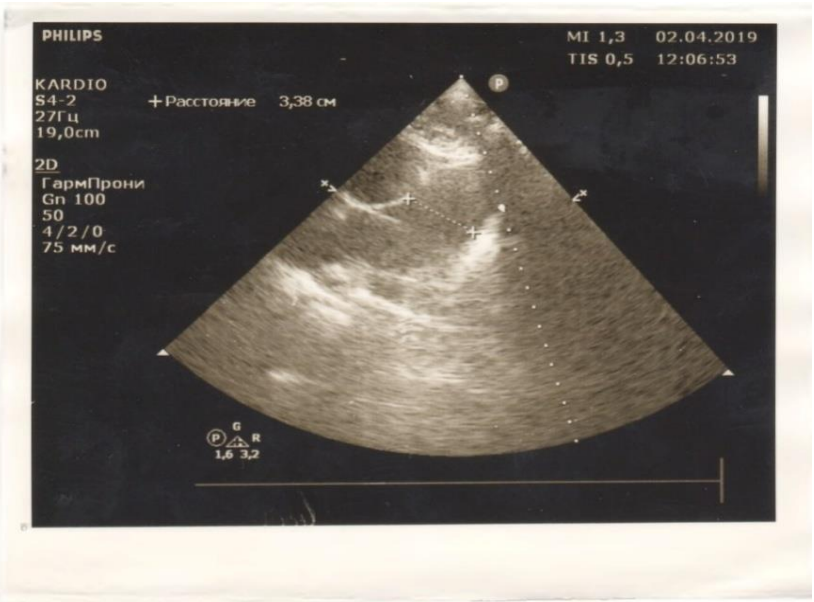
Таким образом, клинические и ЭКГ-данные указывали на картину сердечной недостаточности обоих желудочков.

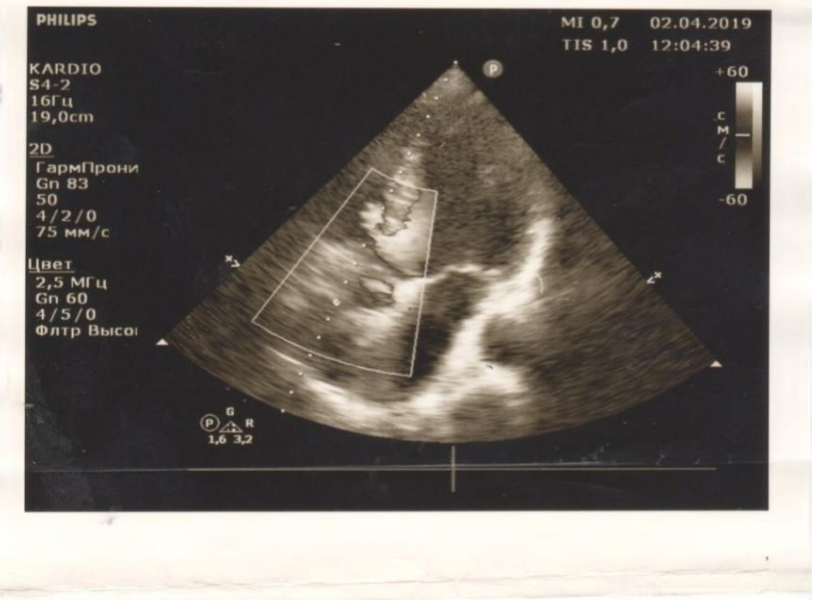
Рисунок - 2

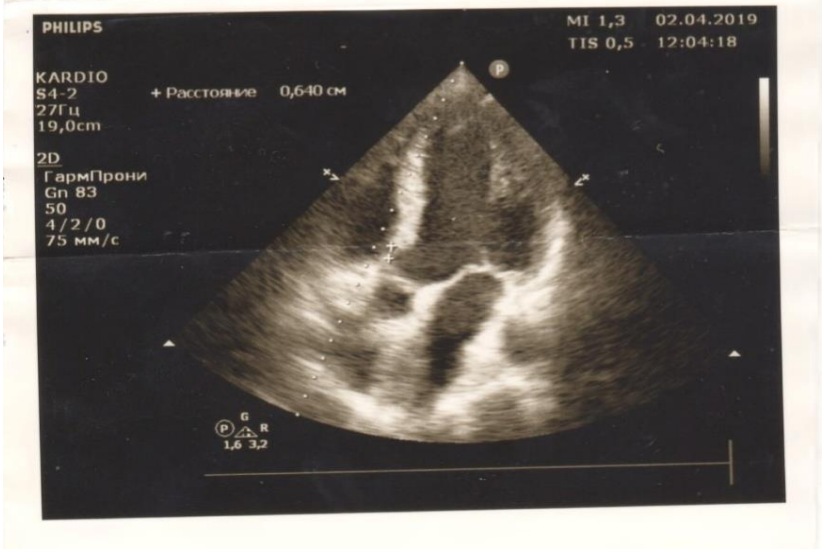


Однако, возраст больного, динамика течения болезни (первоначальное появление симптомов поражения левого желудочка с дальнейшим присоединением правых отделов), аускультативная картина (локализация и проводимость систолического шума) не в полной мере укладывались в классическую картину течения дефекта межжелудочковой перегородки. Ответы на возникшие вопросы были получены после проведения ультразвукового исследования сердца.

ЭХОКГ: Ритм – синусовый, аорта - 4,0см, раскрытие аортального клапана - 2,2см, левое предсердие - 3,6см, КДР ЛЖ - 6,0см, КСР ЛЖ - 4,1см, КДО ЛЖ – 180мл, ФВ – 59%, ФУ ЛЖ – 33%, МЖП - 1,2см, ЗСЛЖ - 1,2см, поперечный размер правого желудочка – 3.0см. Заключение: Разрыв синуса Вальсальвы с шунтированием крови из аорты в ПЖ. Недостаточность аортального клапана 1 ст. Склероз стенок АО и МК. Дилатация ЛЖ, ПЖ. (Рис. 2-5)







Кроме того, окончательно «все точки над i» были расставлены, когда после убедительной просьбы лечащего врача, родственники больного нашли и предоставили всю документацию ранее проведенных обследований.

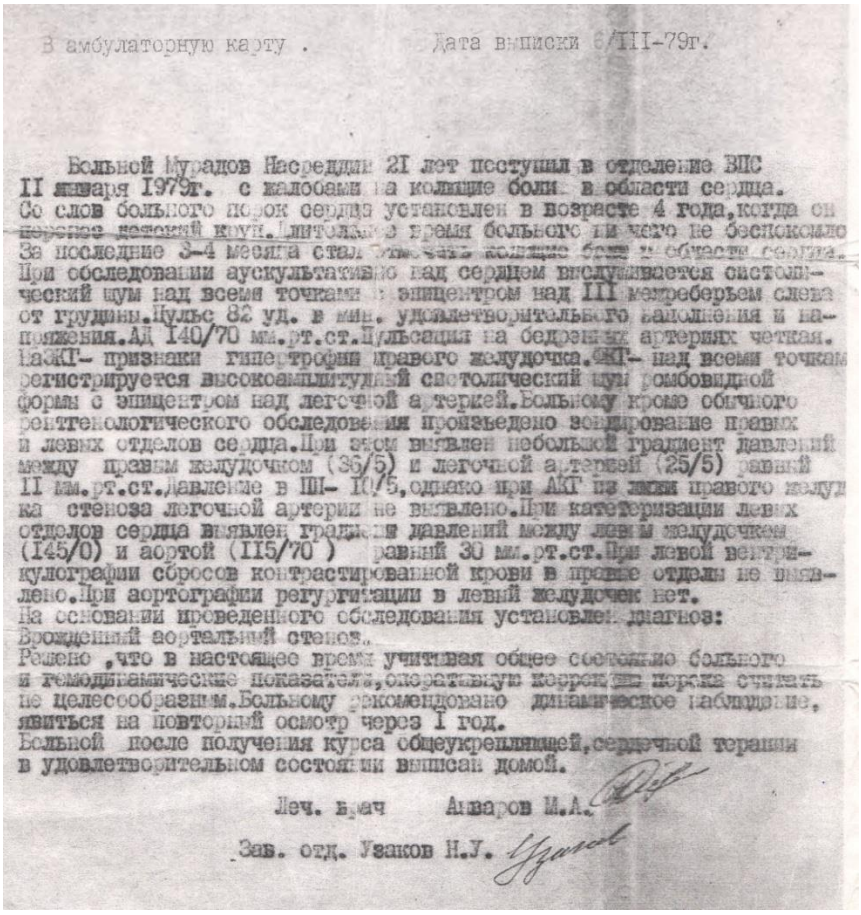
Выяснилось, что в 1979 году больного обследовали в отделении врожденных пороков сердца, где была произведена диагностическая процедура – зондирование левых отделов сердца с заключением : ВПС, стеноз аортального отверстия с градиентом

Рисунок - 3

давления в левом желудочке 145/0 и в аорте 115/70 мм рт. ст. (рис. 6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представленный случай демонстрирует картину больного с врожденным аортальным стенозом, осложненным развитием аневризмы синуса Вальсальвы и, в какой то момент, происшедшим разрывом аневризмы в полость правого желудочка. По данным литературы, подобные разрывы аневризмы в полость правых отделов сердца сопровождаются клиникой острой сердечной недостаточности, если не фатальным исходом, но в нашем случае, анамнестически, при



В амбулаторную карту . Дата выписки 6/III-79г.

Больной Мурадов Насреддин 21 лет поступил в отделение ВПС II января 1979г. с жалобами на колющие боли в области сердца. Со слов больного порок сердца установлен в возрасте 4 года, когда он перенес ревмокардит. Длительное время больного ничто не беспокоило. За последние 3-4 месяца стали отмечать колющие боли в области сердца. При обследовании аускультативно над сердцем выслушивается систолический шум над всеми точками с эпицентром над III межреберьем слева от грудины. Пульс 82 уд. в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/70 мм.рт.ст. Пульсация на бедренных артериях четкая. ЭКГ- признаки гипертрофии правого желудочка. ФКГ- над всеми точками регистрируется высокоамплитудный систолический шум ромбовидной формы с эпицентром над легочной артерией. Больному кроме обычного рентгенологического обследования произведено зондирование правых и левых отделов сердца. При этом выявлен небольшой градиент давлений между правым желудочком (36/5) и легочной артерией (25/5) равный 11 мм.рт.ст. Давление в III- 10/5, однако при АКГ из зоны правого желудочка стеноза легочной артерии не выявлено. При катетеризации левых отделов сердца выявлен градиент давлений между левым желудочком (145/0) и аортой (115/70) равний 30 мм.рт.ст. При левой вентрикулографии сбросов контрастированной крови в правые отделы не выявлено. При аортографии регургитации в левый желудочек нет.
На основании проведенного обследования установлен диагноз:
Врожденный аортальный стеноз.
Решено ,что в настоящее время учитывая общее состояние больного и гемодинамические показатели, оперативную коррекцию порока считать не целесообразным. Больному рекомендовано динамическое наблюдение, явиться на повторный осмотр через 1 год.
Больной после получения курса общеукрепляющей, сердечной терапии в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Леч. врач Анваров М.А.

Зав. отд. Узаков Н.У.

Рисунок – 4

тщательном опросе, не удалось выявить период, во время которого развился прорыв аневризмы в полость сердца. Стабильное прогрессирование заболевания позволило корректировать состояние медикаментозно. В дальнейшем, была проведена консультация с кардиохирургами с решением проведения планового оперативного лечения.

REFERENCES

1. Hope M.D., Hope T.A. Functional and molecular imaging techniques inaorticaneurysmdisease // Curr. Opin. Cardiol. –2013.-Sep 18. [Epub ahead of print]
2. Садыкова Г.К.1,2, Иванов Д.О.1, Лепёхина А.С.2, Рязанов В.В. // Клинический случай выявления бессимптомной неразорвавшейся аневризмы левого синуса Вальсальвы. https://russjcardiol.elpub.ruISSN 1560-4071 (print) doi:10.15829/1560-4071-2020-1-3602
3. Рудаков АС, Белянко ИЭ, Маликова МС. Непосредственные результаты коррекции прорыва врожденной аневризмы синуса Вальсальвы в правое предсердие. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2010; (4):58–60.

4. Рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты 2014 год. Российский кардиологический журнал № 7 (123) | 2015.
5. Аневризма синуса вальсальвы с прорывом. Случай успешного хирургического лечения // И. А. Белан1,2, К. О. Барбухатти1,2 , М. С. Хуршудян1,2, В. А. Пехтерев2 1 Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского, Краснодар 350086, Российская Федерация 2 Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар 350063, Российская Федерация. DOI: 10.20333/2500136-2018-6-74-77. SiberianMedicalReview. 2018;(6):74-77
6. Корнеева О.Н., Драпкина,О.М. Ивашкин В.Т.. Клинический случай разрыва аневризмы некоронарного синуса Вальсальвы ГБОУВПО Первый МГМУ имени Сеченова МИНЗРАВ РФ. Кардиология: новости, мнения, обучение №2 – 2015 год.
7. Chu SH, Hung CR, How SS, Chang H, Wang SS, Tsai CH, Liau CS,Tseng CD, Tseng YZ, Lee YT, Lien WP, Lue HC, Lin TY. Ruptured aneurysms of the sinus of Valsalva in Oriental patients. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1990;99(2):288–98.
8. Kirklin JW, Barratt-Boyes BG. Congenital aneurysm of the sinus of Valsalva. Cardiac surgery: 2nd ed. 1993:825–39.
9. Hagemann A, Lutter G, Cremer J. Giant false aneurysm after perforation of the right sinus of Valsalva. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 2009;35(5):902.DOI: 10.1016/j.ejcts.2008.12.050.
10. Назыров ФГ, Абролов ХК, Назырова ЛА, Алимов АБ, Муродов УА, Мирсаидов ММ. Непосредственные результаты хирургической коррекции аневризмы синуса Вальсальвы. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.2012;7(3):15-20. [Nazyrov
11. Подзолков ВП, Зеленикин ММ, Сабиров БН, Донцова ВИ, Орозматов ТТ. Современные подходы к хирургическому лечению прорыва аневризмы синуса Вальсальвы. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2012(4):9-13.
12. Атьков ОЮ. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов. Москва; 2015:456-187.
13. Руководство по диагностике и лечению заболеваний аорты Европейского общества кардиологов, 2014 г.
14. Руководство по ведению пациентов с клапанными заболеваниями сердца Американской коллегии кардиологии и Американской ассоциации сердца 2014г.
15. Руководство по лечению клапанных заболеваний сердца Европейского общества кардиологов/ Европейской ассоциации кардиоторакальной хирургии 2012г.
16. Рекомендации по эхокардиографической оценке структур сердца у взрослых: обновленная информация Американского общества по эхокардиографии и Европейской ассоциации сердечно-сосудистой визуализации 2015 г.